USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Health Finance & Governance
Expanding Access. Improving Health.

ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MALI

Mars 2017

AVERTISSEMENT : Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou le gouvernement des États-Unis.

Projet de Finance et Gouvernance de la Santé

Le Projet Health Finance and Governance (Financement et Gouvernance de la Santé) (HFG) de l'USAID contribuera à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès aux soins des populations.

L'équipe du Projet, sous la direction de Abt Associates, travaillera avec les pays partenaires afin d'accroître leurs ressources nationales pour la santé, de gérer ces précieuses ressources de façon plus efficace et de les aider à prendre des décisions d'achat éclairées. De fait, ce projet global d'une valeur de $209 million sur 5 ans permettra d'augmenter l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, notamment en matière de VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et de services de santé reproductive. Fondamentalement conçu afin de renforcer les systèmes de santé, le projet HFG fournira un support aux pays dans la mise en place des transitions économiques nécessaires pour atteindre une couverture de soins universels.

Mars 2017

Cooperative Agreement No : AID-OAA-A-12-00080

Submitted to : Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Recommended Citation : Juillet, Anne, Bokar Touré, Hagiratou Ouedraogo, and Yann Derriennic. Mars 2017. Évaluation du Système de Santé au Mali. Bethesda, MD: 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)

ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MALI

AVERTISSEMENT

Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou le gouvernement des États-Unis.

CONTENTS

Acronyms ..... **v**

Remerciments ..... **xi**

Résumé xiii

1. INTRODUCTION **1**

2. METHODOLOGIE **3**

2.1 Cadre conceptuel de l'évaluation du système de santé au Mali 3
2.2 Étapes du processus de l'évaluation 4
2.3 Limites méthodologiques 6

3. CONTEXTE ET PROBLÈMES AFFECTANT LE SYSTÈME DE SANTE **7**

3.1 Contexte Général 7
3.2 Contexte Sanitaire 11

4. MODULES TECHNIQUES **25**

4.1 Gouvernance 25
4.2 Financement de la santé 38
4.3 Ressources humaines 53
4.4 Gestion des produits pharmaceutiques 67
4.5 Système d'information sanitaire 86
4.6 Prestations de services 106
4.7 Impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé 128

Annex A : TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI **129**

Annex B : LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR) AU MALI **139**

Annex C : DOCUMENTS CONSULTES **143**

List of Tables

Tableau 2.2.1 Programme des rencontres pour la collecte des données complémentaires du 02 au 23 novembre 2015 5
Tableau 3.2-1 : Indicateurs de l'état de santé 16
Tableau 3.2.2 Indicateurs des services de santé 24
Tableau 4.2.1 Indicateurs du financement de la santé Mali 2015 39
Tableau 4.2.2 Part du budget de l'État alloué à la santé, Part du Ministère de la Santé dans le budget alloué à la santé et Part du budget de l'État alloué au Ministère de la Santé 40
Tableau 4.2.3 Partenaires techniques et financiers intervenant dans le financement des gratuités 44
Tableau 4.2.4 Exécution du PO 2013 pour l'ensemble des acteurs 50
Tableau 4.2.5 Exécution du PO 2014 pour l'ensemble des acteurs 50
Tableau 4.2.6 Forces, Faiblesses, Opportunities, Menaces 51
Tableau 4.3.1 Effectifs de personnel médical qualifié en 2014 (secteurs public, communautaire et privé) 54
Tableau 4.3.2 Nombre de médecins, infirmiers, sages-femmes et infirmières obstétriciennes pour 10.000 habitants en 2014 55
Tableau 4.3.3 Répartition géographique des RHS qualifiées par région comparée à la densité de population par région en 2014 55
Tableau 4.3.4 Forces, Faiblesse, Menaces, Opportunités 66
Tableau 4.4.1 Forces, Faiblesses, Menaces et Opportunités 84
Tableau 4.5.1 Répartition des ressources humaines en charge du SIS par niveau 92
Tableau 4.5.2 Forces, Faiblesses, Menaces, Opportunités 105
Tableau 4.6.1 Effectifs en personnel de la division de l'hygiène et la salubrité du MSHP 122
Tableau 4.6.2 Partenaires nationaux intervenant dans le domaine de l'hygiène et la salubrité. 123
Tableau 4.6.3 Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces 126

List of Figures

Figure 2.1.1 Cadre formel des six fonctions du système santé défini par l'OMS 3
Figure 2.2.1 Étapes du processus d'évaluation du système de santé malien selon la méthodologie HSA 4
Figure 3.1.1 Régions administrative du Mali 8
Figure 3.2-2 : Description du système de santé niveau institutionnel et prestations de soins 21
Figure 3.2.3 : Organigramme du Ministère de la Santé, 2007 22
Figure 4.2.1. Forces, faiblesses, opportunités, menaces 37
Figure 4.2.2 Dépenses publiques de santé 2008 - 2016 41
Figure 4.2.3 Évolution des dépenses de l'État pour les césariennes en 2009 et en 2015 par région sanitaire 45
Figure 4.3.1 : Sources des salaires des agents du secteur sanitaire et social en juin 2015 58
Figure 4.4.1. Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali 73
Figure 4.4.2 Répartition des grossistes privés par régions 74
Figure 4.4.3 Répartition des officines pharmaceutiques par région 74
Figure 4.4.4 Répartition des structures pharmaceutiques privées avec et sans licence d'exploitation au niveau de Bamako et des régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou. 75
Figure 4.4.5 Structure des prix des médicaments en DCI 80
Figure 4.4.6 Evolution du financement en médicaments et vaccins au MSHP entre 2009 et 2014 81
Figure 4.4.7 Evolution du taux de financement en médicaments et vaccins au MSHP entre 2009 et 2013 82
Figure 4.5.1 Configuration actuelle du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (1998)- 88
Figure 4.5.2 Le nouveau Système National d'Information Sanitaire et Sociale envisagé pour la période 2015-2019 100

Figure 4.5.3 La carte des infrastructures sanitaires du Mali 2011 101
Figure 4.5.4 Carte des infrastructures sanitaires du district de Bamako et de la région de Koulikoro 102
Figure 4.6.1 Choix de recours aux soins faits par les patients en cas de maladie ... 116
Figure A-1 : Etapes du processus d'évaluation du système de santé malien selon la méthodologie HSA 130

ACRONYMS

ABS	Aide Budgétaire Sectorielle
ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AEDD	Agence de l'Environnement et du Développement Durable
AMANORM	Agence Malienne de Normalisation et de promotion de la qualité
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ANSSA	Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments
ANR	Autorité Nationale de la Réglementation
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agents de Santé Communautaire
ASCOMA	Associations des Consommateurs du Mali
ASDAP	Association pour le Soutien du Développement des Activités de Population
ATN Plus	Assistance Technique Nationale Plus
BAC	Baccalauréat
BCG	Bacille de Calmette et Guérin, vaccin contre la Tuberculose
BEPC	Brevet d'Études du Premier Cycle
BPD	Bonne Pratique de Dispensation
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration
CAF	Coût Assurance Fret
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CEMA	Centre National d'appui à la lutte contre la Maladie
CHIP	Country Health Intelligence Portal
CHU-OS	Centre Hospitalier Universitaires d'Odontologie et de Stomatologie
CICM	Centre d'Infectiologie Charles Mérieux
CME	Commission Médicale d'Etablissements
CMM	Consommations Moyennes Mensuelles
CNIECS	Centre National d'Information, Éducation et Communication pour la Santé

CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COCEPS	Comité d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS
COMPACT	Global Campaign for achieving health MDGs and aid effectiveness
CPN	Consultation Prénatale
CEPRIS	Cellule d'Exécution des Programmes de renforcement des infrastructures sanitaires
CPS	Cellule de Planification et des Statistiques
CREDOS	Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CRLD	Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
CRGS	Compte Rendu de Gestion de Stock
CROCEPS	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSCOM-U	Centre de Santé Communautaire Universitaire
CSCRP 2007-2011	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artemisinine
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGS	Direction Générale de la Santé
DESR	Division Établissements Sanitaires et Réglementation
DHIS2	District Health Information System
DMT	Département de la Médecine Traditionnelle
DNCC	Direction Nationale du Commerce et de la Concurrence
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
DNI	Direction Nationale des Industries
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de L'Économie Solidaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	Direction Régionale de la Santé
DV	Dépôt de Vente
ECD	Équipe Cadre du District
ED	Entrepôt des Données
EDS	Enquête Démographique et de Santé

EMOP	Enquête Modulaire et Permanente auprès des ménages
EPH	Établissement Public Hospitalier
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FEFO	First Expired, First Out
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations Communautaires
FIFO	First In First Out
FMPO	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les immunisations
GIE	Groupe d'Intérêt Économique
HSA	Health Systems Assessment
IB	Initiative de Bamako
IHD	Indice de Développement Humain
INPS	Institut National de Prestations Sociales
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INSTAT	Institut National de la Statistique
IOTA	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
KIT	Institut Royal de Tropiques
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de la Santé
LUX	Agence d'exécution de la coopération au développement luxembourgeoise
ME	Médicament Essentiel
MFEF	Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MPSRN	Ministère de la Protection Sociale et de la Reconstruction du Nord
MSH	Management Science for Health
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
OCDE	Organisation pour la Coopération et Développement Économique
OMD	Objectifs du Millénaires pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planification Familiale

PMI	President's Malaria Initiative (Initiative du Président des États-Unis pour la lutte contre le Paludisme)
PNB	Produit National Brut
PNS	Politique Nationale de Santé
PO	Plan d'Opérationnalisation
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRODESS I	Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002
PRODESS II	Programme de Développement Sanitaire et Social 2005-2009
PRODESS III	Programme de Développement Sanitaire et Social 2014-2018
PSI	Population Service International
PSPHR	Projet Santé et Hydraulique Rurale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAC	Réseau de Communication par radio
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMN	Résonnance Magnétique Nucléaire
RSI	Règlement Sanitaire International
RTA	Rapport Technique d'Activité
SAE	Système d'Alerte Epidémiologique
SCAP	Stratégie Commune d'Assistance Pays
SDAME	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SDU	Stock Disponible et Utilisable
SD-SNISS	Schéma Directeur – Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SEPAUMAT	Service d'Entretien du Parc Automobile et du Matériel Technique
SIAF	Système d'Informations Administratives et Financières
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SIH	Système d'Informations Hospitalières
SISR	Système d'Information Sanitaire Régional
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNISS	Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SNV	Organisation Néerlandaise de Développement
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOP	Procédures Opérationnelles Standard
SSP	Soins de Santé Primaires
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UA/CEA	Union Africaine/Commission Économique pour l'Afrique
UDPM	Union Démocratique du Peuple Malien
UMPP	Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
UNFPA/FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPFIS	Unité Planification Formation Information Sanitaire
URC	University Research Co
USAID	Agence Américaine Internationale pour le Développement
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REMERCIMENTS

Ce rapport a été produit par le Projet Health Finance & Governance (HFG) en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Mali, sur financement de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID).

Les auteurs expriment leur gratitude à toute l'équipe du bureau de santé de la Mission de l'USAID au Mali pour le soutien qui leur a été apporté.

Ils expriment leurs vifs remerciements à tous les responsables du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour leur collaboration à la réalisation de l'évaluation, notamment au Ministre, au Secrétaire Général du Ministère, au Directeur de la Cellule de Planification et de la Statistique (CPS) et à toute son équipe, au Directeur de la Direction Nationale de la Santé et à toute son équipe, à toute l'équipe régionale de la santé de Koulikoro, aux médecins chefs des équipes cadre des districts de Kati et de Diola et à tous les membres de leurs équipes respectives.

Que tous ceux, dans les secteurs public, parapublic, communautaire et privé, qui ont accepté de recevoir l'équipe d'évaluation et de répondre à ses questions trouvent ici l'expression de la profonde reconnaissance de tous les auteurs.

Les auteurs expriment leur profonde gratitude d'une part à l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) pour sa précieuse contribution tout au long de l'activité, d'autre part, à l'Organisation Néerlandaise de Développement (SNV) pour les partages d'informations produites par le Cabinet Dalberg dans le cadre de leurs travaux sur la révision du manuel de procédures du PRODESS en cours au moment de l'évaluation, et pour sa contribution directe, dans ce rapport, sur l'expérience du Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans la région de Koulikoro, expérience menée avec la collaboration de l'Institut Royal Tropical (KIT).

Les auteurs remercient également les responsables du Projet AIRS (Abt-Mali), pour leur appui à la réalisation de l'évaluation et pour leurs contributions techniques. Enfin, ils associent tout particulièrement dans ces remerciements les autres membres de l'équipe du Projet HFG pour leurs multiples soutiens et leurs conseils avisés au cours des phases de ce travail, en particulier lors de la révision de ce document.

RÉSUMÉ

Introduction

La Politique Nationale de Santé (PNS) actuelle du Mali date de 1990. Elle s'inscrit dans une approche sectorielle qui intègre l'organisation du système de santé, le développement social, et plus récemment, la promotion de la famille. Elle est mise en œuvre à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). L'actuel PDDSS 2014-2023 présente la vision du Gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Sur la période 2014-2018, il est mis en œuvre dans le cadre du troisième Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III). Dans le but de préparer la revue à mi-parcours du PRODESS III, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a souhaité disposer d'éléments d'évaluation préables pour concevoir les actions dont il est responsable.

La présente évaluation intervient dans un contexte d'importantes réformes en matière de gouvernance, de décentralisation et de gestion budgétaire, en raison de la période de post-crise que vit le Mali, suite à la crise de 2012. Un effort de recentrage des objectifs de développement autour des OMD a été effectué afin de rattraper les retards que le pays a enregistrés, recentrage qui a pris en compte les Objectifs de Développement Durable. La réduction de la pauvreté y occupe une place centrale à laquelle les objectifs sanitaires et sociaux doivent contribuer par le biais d'actions focalisées sur la réduction de la croissance démographique, la satisfaction des besoins des pauvres (en particulier ceux résidants dans les zones rurales et pauvres), l'hygiène et l'assainissement public.

Notre évaluation est basée sur « *The Health Systems Assessment Approach*[1] » *(en français, « L'approche d'évaluation du système de santé* »), processus d'évaluation des indicateurs des six piliers du système de santé : la gouvernance, le financement, les ressources humaines, les produits de santé, les vaccins et la technologie, le système d'information sanitaire et les prestations de services. Cette approche repose sur une revue approfondie de la littérature déjà disponible, complétée par des entretiens avec un échantillon raisonné de l'ensemble des intervenants du système de santé au niveau central, régional et opérationnel. Aucune donnée primaire n'a donc été collectée au cours du processus. D'un point de vue méthodologique, bien que des aspects pertinents aient pu être soulevés, spécifiques aux trois régions du Nord et aux cercles de Mopti touchés par la crise de 2012, ces questions n'ont pas été traitées de façon particulière dans le cadre de cette évaluation. En outre, grâce à des échanges réguliers avec la Coopération Néerlandaise, l'équipe d'évaluation a largement exploité les résultats produits par l'équipe du Cabinet Dalberg qui était chargée de la révision du manuel de procédures du PRODESS au moment de l'évaluation. Plusieurs recommandations touchant le domaine de la gouvernance, de l'amélioration de la redevabilité et de l'ouverture des instances de suivi du PRODESS à la société civile et au secteur privé, l'amélioration de la coordination des partenaires ont été abordées dans le cadre de la révision du manuel par le Cabinet Dalberg.

Après les échanges avec la mission de l'USAID et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, et un nombre important de partenaires techniques et financiers (PTF) présents au Mali dans le secteur de la santé, l'activité principale de l'évaluation a été réalisée en deux phases.

[1] Health Systems 20/20, 2012, The Health System Assessment Approach : A How-To Manual – Version 2.0., www.healthsystemassessment.org

La première phase a été réalisée d'octobre à novembre 2015 en dehors du Mali. Au cours de cette phase, l'équipe d'évaluation a analysé les différents documents disponibles sur le Mali et son système de santé, rédigé une version préliminaire du rapport et préparé la seconde phase.

La seconde phase, qui va de décembre 2015 à mars 2016, a démarré par la visite de l'équipe d'évaluation au Mali, suivie hors du Mali par la rédaction du rapport.

Contexte et problèmes affectant le système de santé

Le Mali est un pays sahélien d'Afrique de l'Ouest. En 2014, sa population était estimée approximativement à 17 millions d'habitants (près des trois quarts résident en milieu rural). Elle est inégalement dispersée sur le territoire : les cinq régions du nord (Gao, Kidal, Tombouctou, et récemment en janvier 2016, Ménaka et Taoudenni), situées en zone désertique, représentent les deux tiers de la superficie du pays pour seulement 10 % de la population malienne.

En plus d'un taux de croissance de sa population considéré comme étant l'un des plus élevés au monde (3,0 % en 2014), le Mali est confronté à une instabilité politique résultant de conflits armés récurrents depuis l'instauration de la démocratie en 1991. Les événements du 22 mars 2012 ont ébranlé le processus démocratique, conduit à la mise en place d'institutions de transition, à l'occupation des 2/3 du territoire national par une rébellion armée dans les cinq régions du nord et à une paupérisation de sa population.

La mise en œuvre de la politique de décentralisation constitue un des projets importants actuellement au Mali. Elle vise à transférer des compétences aux collectivités territoriales. Bien qu'elle ait connu des retards dans le cadre de son opérationnalisation, des résultats majeurs ont été obtenus au niveau du Ministère de la Santé, :

- création de Centres de Santé Communautaires (CSCom) par les populations regroupées en associations ;
- reconnaissance par les pouvoirs publics des responsabilités des associations dans la gestion des CSCom pour les premiers soins et la promotion de la santé au sein de l'aire sanitaire ;
- élaboration de la Loi d'Orientation sur la Santé du 22 juillet 2002 faisant de l'extension de la couverture sanitaire un objectif essentiel du PDDSS et renforçant ainsi la place des CSCom dans le dispositif sanitaire.

Sur le plan épidémiologique, bien que faciles à prévenir ou à traiter au niveau des services de santé de premiers contacts, ou au niveau des ménages à travers l'adoption de meilleures pratiques, le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées sont responsables de plus d'un quart des cas de mortalité et de morbidité aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Un tel profil épidémiologique s'explique en grande partie par des conditions d'hygiène et sanitaires précaires, imputables au faible niveau d'accès à l'eau potable et au déficit d'assainissement. En outre, le Mali a été l'un des six pays d'Afrique de l'Ouest qui ont enregistré des cas de maladies à virus Ebola au cours de la récente pandémie menaçant la sécurité sanitaire régionale et mondiale. En quelques mois seulement, une importante mobilisation de ressources humaines et de moyens logistiques a pallié la faible préparation des professionnels de la santé et l'impréparation des services de santé maliens à faire face à des phénomènes de nature à freiner le fonctionnement du système de santé national. Tirant les leçons de cette expérience, la préparation et la réponse à des menaces similaires constituent aujourd'hui une priorité pour le pays et ses partenaires.

En 2015, les indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile demeurent encore éloignés des cibles retenues pour les OMD, et ce malgré une augmentation de l'accès aux soins dans le secteur de la santé ces dernières années et une amélioration des indicateurs de santé dans le temps.

Selon l'EDS 2012-2013, le taux de mortalité maternel était estimé à 368%o. La mortalité maternelle est plus élevée en zones rurales[2] où l›accès aux soins obstétricaux d'urgence est limité à cause, des grandes distances pour atteindre les centres de santé et de la rareté des ressources. Il s'agit ici de ressources humaines de la santé, de médecins, infirmiers, et sages-femmes qualifiés, de ressources financières, logistiques et produits pharmaceutiques.

Les indicateurs en santé de la reproduction sont médiocres avec seulement 59% des accouchements assistés par un personnel qualifié et 41,2% des femmes enceintes ayant reçu au moins quatre services de soins prénataux ou plus (EDS 2012-13). En ce qui concerne les femmes âgées de 15-49 ans, seulement 9,6% utilisent une méthode moderne de contraception alors que 26% d'entre elles ont déclaré avoir des besoins non satisfaits de planification familiale dans un pays où le taux de fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme avec de grandes disparités entre zones rurales et urbaines : respectivement 6,5 et 5,0 selon l'EDS 2012-13). Le contexte économique est régulièrement ébranlé par des chocs exogènes climatiques, socio-politiques, variations de prix du pétrole et des matières premières, fluctuations des devises sur les marchés internationaux, toutes choses qui imposent des efforts d'ajustement constants au Gouvernement malien, la pression démographique constituant un défi majeur.

Le taux de mortalité infantile enregistre une hausse depuis 2006 passant de 96 %o cette année-là (EDS 2006), à 104%0 en 2009 (INSTAT 2010[3] rural : 118 ; urbain : 86,1), puis à 107 %o en 2012 (EDS 2012-2013).

La malnutrition constituait la seconde cause de décès enregistrée dans les établissements sanitaires. En outre, malgré les efforts entrepris dans le domaine de la prévention, de la lutte vectorielle et de la prise en charge, le paludisme apparaît comme étant le principal motif de consultations dans les établissements de santé.

Principales conclusions et recommandations par pilier

Gouvernance – Principales conclusions

Après le 26 mars 1991, le Mali a marqué une rupture avec le régime de parti unique et a inauguré une nouvelle ère de démocratie pluraliste et participative avec la mise en place progressive de toutes les institutions de la République. L'État de droit est consacré par la nouvelle Constitution, une alternance du pouvoir par la voie des urnes, la liberté d'opinion, la liberté de la presse, une justice qui progressivement affirme son indépendance et l'existence d'une dynamique provenant de la société civile. En mars 2012, un coup d'État survenu sur fond de rébellion dans le Nord du pays est venu interrompre ce processus démocratique. La transition qui a succédé au régime militaire a pris fin avec l'élection en 2013 du nouveau président. Ces événements ont bouleversé les réformes sectorielles engagées par le Mali dans le domaine de la santé et impacté les différents programmes prioritaires du fait de l'interruption des financements des PTF. En outre, la coordination de ces partenaires a souffert de la période de crise, et elle ne se remet en place que très lentement.

[2] En 2009, selon l'EDS IV, le taux de mortalité maternelle est de 554,6 pour 100 000 en milieu rural contre 115 pour 100 000 en milieu urbain, cité dans « Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Mali (2013) », page 51.

[3] Chiffre cité dans le rapport « Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali », p47

La décentralisation est devenue, depuis l'avènement de la démocratie, l'un des plus importants projets du gouvernement. La plupart des institutions ont été mises en place à cet effet.

Le transfert de compétences aux collectivités locales est suffisamment avancé, même s'il connaît encore quelques difficultés en particulier le dysfonctionnement au niveau local des mécanismes de gestion paritaire et de mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle. Le processus de décentralisation entamé dans le secteur de la santé avec les Associations Communautaires (ASACO) devenant propriétaires des CSCom, et le transfert de responsabilités des CSCom et des Centres de Santé de Référence (CSRéf) aux collectivités locales sont aujourd'hui à l'origine de nombreux débats parmi les parties prenantes. Dans ce contexte, la Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD/santé) joue un rôle primordial dans la formation des élus et des techniciens de la santé, dans leur sensibilisation et dans le renforcement de leur maîtrise des opérations et des procédures.

Le Mali dispose d'un arsenal de textes législatifs et réglementaires cohérents qui oriente la mise en œuvre des stratégies énoncées dans le PDDSS 2014-2023. Parmi ceux-ci, la Loi d'Orientation sur la Santé définit un cadre clair pour la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population. Alors que le pays dispose d'une solide culture et d'une longue expérience en matière de planification sanitaire, le secteur privé, qui est en pleine expansion, n'est pas suffisamment pris en compte dans le dialogue politique, la planification et les statistiques sanitaires. Il en va de même pour les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et la société civile.

Dans le contexte du Mali, pays à faibles revenus, la gouvernance financière est déterminante. Il est attendu que l'allocation efficiente des financements publics soit en adéquation avec les objectifs stratégiques de la politique de santé. Toute décision prise pouvant contribuer à accroître, ou à diminuer, non seulement la disponibilité ou/et la qualité des services, mais aussi l'accès à ces services par la population. Le budget de l'Etat, les fonds mis à disposition du Mali dans le cadre des partenariats avec la communauté internationale, mais aussi les dépenses des ménages, et les financements provenant des mécanismes de protection sociale constituent autant de financements qu'il convient de maîtriser et d'allouer de façon efficiente. Les engagements pris par le Mali vis-à-vis de sa population et de la communauté internationale (déclaration d'Abuja, adhésion aux recommandations macro-économiques globales en faveur d'une amélioration de la gouvernance, adhésion au principe de gestion axée sur les résultats, organisation de la couverture maladie universelle, amélioration du niveau de vie de sa population et en particulier celui des plus pauvres, etc.) visent à ce que le Gouvernement malien s'inscrive dans une dynamique d'amélioration de sa gouvernance financière afin d'accroître ses performances programmatiques. En particulier, le Mali s'est engagé à garantir des niveaux de financements publics suffisants pour permettre un accès équitable aux services de santé de base de qualité et ce dans le but d'élargir la couverture maladie et de faciliter l'accès des services de santé aux groupes de populations les plus vulnérables dont l'amélioration de la santé individuelle aura un impact important sur l'économie du pays.

Un des indicateurs d'équité et de justice sociale est donc le niveau de financement public et son évolution dans le temps. De ce point de vue, les résultats provisoires des Comptes de la Santé pour l'année 2013 montrent la persistance de la forte contribution des ménages dans la dépense totale de santé (51,6% de la DTS). En outre, les financements de l'Etat dans le secteur de la santé sont encore en deçà des recommandations internationales d'Abuja de 15% du budget national pour la santé.

L'allocation des ressources publiques par niveau opérationnel, régional et central constitue un second critère car elle impacte de façon plus ou moins efficiente le système de santé, en particulier l'accès et l'utilisation des soins et services de santé. Dans une perspective d'amélioration de la couverture sanitaire, l'allocation prioritaire des financements vers le niveau opérationnel, à savoir les établissements de premiers contacts que sont les CSCom et les CSRéf, peut améliorer l'utilisation si

elle est orientée vers les soins des niveaux régionaux et centraux de la pyramide sanitaire[4,5] . En outre, l'allocation en termes de niveaux, opérationnel, régional et central et de zones géographiques rurales et urbaines affecte l'équité car généralement les populations les plus riches bénéficient davantage de soins régionaux et centraux puisqu'elles vivent en zones urbaines où ces services sont davantage disponibles. De façon similaire, lorsque la construction de nouveaux établissements ou la réhabilitation d'anciens établissements sont orientés vers des établissements de premiers contacts se situant en zone rurale, ils peuvent être considérés significativement plus efficaces, plus efficients, et plus équitables pour améliorer l'accès aux soins et services de santé[6] . Bien que les informations permettant de retracer les financements par niveau de soins sont difficilement disponibles, l'analyse de différents documents fournit quelques indications intéressantes qui montrent que :

- Les financements des gratuités de certains services visant des groupes de populations vulnérables ou prioritaires existent mais leur traçabilité est difficile car les ressources utilisées ne sont pas toujours bien évaluées ni correctement maîtrisées. En outre, leurs impacts sur le fonctionnement du système sont mal connus et leur pérennité dépend en grande partie de programmes financés par l'extérieur ;
- Les critères d'allocation des financements pour les différents échelons du système de santé sont basés sur les directives du cadre de dépenses à moyen termes (CDMT) qui tentent de donner une certaine rationalité à la répartition entre les différents niveaux. Mais en pratique, l'application de ces procédures souffre de contraintes bureaucratiques et est influencée par les tensions de trésorerie dues aux problèmes conjoncturels liés à la crise de 2012 et à la gestion de la post-crise. Les critères d'allocation sont donc difficilement mis en œuvre.

La gestion financière et des flux constitue un troisième critère d'équité et de justice sociale. Les résultats de l'analyse situationnelle faite par le Cabinet Dalberg dans le cadre de la révision du manuel de procédures du PRODESS soulignent qu' « Il est impossible pour le niveau central (DFM) de faire le suivi budgétaire à temps des financements du MSHP en lien avec les activités du PRODESS » or, les financements du MSHP suivent les mêmes procédures. L'inexistence de la composante information financière et matérielle du sous-système d'information administrative et financière (SIAF) relevée par la présente évaluation corrobore ce problème. En outre, des pratiques de gestion peu transparentes et inefficientes[7,8,9] ont été notées au niveau des formations sanitaires publiques mais également au niveau de projets exécutés par certaines ONGs. Ces pratiques non seulement impactent l'accueil des patients dans les formations sanitaires en le conditionnant souvent à des paiements non autorisés, réduisant ainsi l'accès aux services. Dans le secteur de la santé, la reddition des comptes constitue une pratique non systématique alors que la bonne gouvernance est une nécessité pour le Gouvernement malien. Dans un contexte démocratique, où la transparence dans la gestion des deniers publics est une donnée cardinale, les récentes sessions des espaces d'interpellation démocratique montrent nettement l'importance accordée par les citoyens à cette question. Dans ce contexte, une inspection de la santé tente de faire son travail mais rencontre des difficultés : faible collaboration interne avec certaines entités clés telles que la Direction de la

[4] Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, Impact of Health Systems Strengthening on Health, Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.
[5] Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, Impact of Health Systems Strengthening on Health, Bethesda,
MD : Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.
[6] idem
[7] Rapport du Bureau du Vérificateur Général, 2012, chapitre portant sur les services socio-sanitaires (Secrétariat Exécutif du CNS ; Association de recherché de communication et d'accompagnement à domicile ; Groupe Pivot, cellule de coordination du comité de lutte contre le Sida).
[8] Fondation Frederick-Eberth, Mali-mètre, rapport 2014 et 2015 ; perception de la corruption au Mali ; la santé (57%) 4ème position après les mairies, la douane et la police ; en 2015 baisse relative de la santé (32 %)
[9] Corruption et indélicatesse dans les structures de santé : la gratuité de la césarienne remise en cause.

Pharmacie et des Médicaments (DPM), la Division des Établissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR) ; lenteurs dans les suites réservées aux rapports circonstanciés soumis à l'autorité hiérarchique et méconnaissance du rôle de l'inspection par les acteurs, y compris le secteur privé.

Le financement de la santé constitue donc un défi pour le MSHP en termes de gouvernance financière et de reddition des comptes dans le cadre du système de santé.

Gouvernance – Recommandations

Renforcer la CADD et corriger les dysfonctionnements dans l'application de la convention d'assistance mutuelle et le fonctionnement des comités paritaires :

1. le renforcement de la CADD devra être une priorité pour résorber les dysfonctionnements identifiés :
2. mauvaise interprétation des directives de la décentralisation ;
3. conflits larvés entre autorités municipales et ASACO.

Ces facteurs influencent la fonctionnalité de certains mécanismes tels que le contrat d'assistance mutuelle, mais aussi peuvent être préjudiciables à l'amélioration de la performance des CSCom.

Ouvrir le processus de planification et le suivi de la mise en œuvre des plans aux acteurs du secteur privé, des ONG et de la société civile :

1. en assurant la promotion d'un Partenariat Public-Privé orienté sur des objectifs mutuellement bénéfiques. L'évolution du partenariat entre le MSHP et le secteur privé, qui constitue une part entière du système de santé, doit se faire par la construction d'une confiance mutuelle et d'une collaboration responsable et respectueuse des logiques managériales des deux parties qui ne sont pas forcément incompatibles ou inconciliables. Cela devra se faire à travers la participation active des représentants du secteur privé au dialogue politique et au processus de planification/programmation. Le contexte actuel doit nécessairement évoluer vers une confiance réciproque, une mise en synergie des moyens et une collaboration clairement énoncée pour les programmes de santé publique.
2. en prenant en considération les différentes spécificités de la société civile. À la faveur du mouvement démocratique, une société civile s'est développée au Mali sous différentes formes. Présente et active dans le secteur de la santé, elle est désireuse que ses diverses spécificités soient prises en compte, pas seulement à travers les ASACO, leurs regroupements régionaux et national, comme c'est le cas actuellement. La place des ASACO, des FERASCOM et de la FENASCOM dans le débat de politique sanitaire et dans la mise en œuvre des activités de santé occultent les autres entités de la société civile comme les ONG, les autres associations et regroupements d'associations qui ont des caractéristiques, des opinions, des moyens d'actions différents et qui, de plus en plus actives sur le terrain, souhaitent voir leurs opinions prises en considération.

Améliorer la redevabilité des financements et la bonne gouvernance :

1. en suivant les recommandations faites dans le cadre de la révision du manuel de procédures du PRODESS qui s'appliquent au MSHP ;
2. en donnant suite aux rapports de l'inspection ;
3. en mettant en œuvre les mesures opérationnelles répondants aux accords internationaux auxquels le Gouvernement malien s'est engagé (contractualisation, gestion axée sur les résultats, etc.)

Financement – Principales conclusions

Trois des cinq résultats stratégiques attendus sur le financement de la santé dans le PRODESS III concernent le MSHP :

1. l'amélioration de la mobilisation des ressources financières et l'allocation tenant compte des disparités ;
2. l'amélioration de la gestion financière ;
3. l'augmentation de la couverture de la population par un système de protection sociale. L'évaluation montre que les résultats attendus ne sont pas atteints :

- Au cours de la période 2004-2015, la part du budget de l'Etat alloué à la santé a diminué de plus de 13 %, passant de 6,8 % à 5,9 %. Sur la même période, la part attribuée au Ministère en charge de la santé a diminué de plus de 44 %, passant de 76,6 % en 2004 à 42,4 % en 2015. Quant à l'allocation des ressources tenant compte des disparités, le peu d'informations disponibles indique qu'une partie des dépenses a été allouée à des services à haut impact comme la mise en œuvre des programmes prioritaires de lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et péril hydrique, ou en faveur de la santé de la reproduction, etc., plus équitables, et ayant a priori une plus grande efficacité sur la construction et le fonctionnement des CSCom. Toutefois, l'évaluation souligne surtout qu'une large partie des financements est allouée à des niveaux de soins et pour des zones géographiques qui n'auront qu'un impact limité sur la couverture, l'utilisation des services, l'équité, et l'efficience (services hospitaliers, district de Bamako, niveau central) ;
- La gouvernance financière et les mécanismes de redevabilité ne sont pas suffisamment assurés comme montré précédemment ;
- Malgré quelques efforts en termes de couverture de la population par le biais de l'AMO, du RAMED et des mutuelles, les résultats jusque-là atteints sont loin des cibles fixées.

Selon les Comptes de la Santé (CS), l'augmentation de 117 % entre 2004 et 2013 de la dépense totale de santé (DTS) a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27 $ US à 42 $ US. Environ 73,6 % de la DTS provenait de sources nationales, et 26,4 % du reste du monde. Les ménages constituent la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs. Ceci indique que les risques liés aux dépenses catastrophiques de santé sont élevés. La part du financement de l'administration publique à la santé représentait 11,7 % de la DTS malgré l'importance des ressources internes dans les dépenses totales de santé (principalement due aux contributions des ménages).

La crise de 2012 a eu des conséquences à court terme sur le financement du secteur. L'appui de l'État est passé de 96 à 54,6 milliards de Fcfa entre 2011 et 2012 pour l'ensemble du secteur de la santé (tous ministères confondus), et de 57,6 à 18 milliards de Fcfa au cours de la même période pour le MSHP. En 2015, le financement de l'État atteint encore difficilement les niveaux d'avant la crise. Celle-ci s'est aussi traduite par un retrait des PTF, et en particulier par une diminution nette de leurs financements. La part du financement externe du MSHP est passée de 38 % à 9 % entre 2011 et 2014. En particulier, l'appui budgétaire direct à l'ensemble du secteur de la santé, qui échappait déjà dans le passé au contrôle de l'État, a enregistré une forte baisse (passant en moyenne de 19,5 % entre 2009 et 2011 à 8,8 % en moyenne entre 2012 et 2014). Le retour difficile de l'aide externe, et en particulier le quasi-abandon de l'aide budgétaire sectorielle (ABS), reflète le manque de leadership national en relation avec les problèmes de gestion des financements relevés dans le secteur. En outre, la diminution de l'ABS a aussi eu pour conséquence directe d'impacter le fonctionnement correct du niveau opérationnel qui, dans le passé, utilisait ces financements pour des activités comme la supervision et la planification.

Fin 2013, le pays s'est doté d'une politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle. Cette politique synthétise les efforts visant : 1) à promouvoir des mécanismes d'assurance maladie et de protection sociale (Assurance Maladie Obligatoire – AMO, Régime d'Assistance Médicale – RAMED), ainsi que le rôle des mutuelles dans le financement de la santé ; et 2) à améliorer l'accès aux soins et à diminuer le poids des dépenses de santé sur les ménages.

La mise en œuvre de cette politique est difficile et inégale : 1) l'AMO enregistre des progrès ; 2) le manque de financement restreint les progrès des mutuelles ; et 3) le RAMED peine à couvrir la population la plus démunie.

Financement – Recommandations

Renforcer la coordination des actions des PTF et l'efficacité des financements externes : dans le contexte actuel où une part importante des financements des projets de développement sanitaires est soutenue par les partenaires au développement, la coordination des partenaires constitue un élément central qui doit être assuré sous le leadership clairement affirmé du MSHP.

Les efforts de partage d'informations et de coordination quant à l'utilisation des financements extérieurs doivent être redoublés pour améliorer leur efficacité et leur impact. Ces efforts sont nécessaires pour pérenniser les appuis des PTF déjà engagés dans le secteur de la santé en général, et auprès du MSHP en particulier. Il convient de continuer à soutenir l'institutionnalisation et le développement de la capacité technique nationale dans la production des Comptes de la Santé (CS). Les CS permettent à l'ensemble des parties prenantes de disposer des données essentielles sur les flux de financements dont bénéficie le système de santé, en particulier sur les paiements directs faits par les ménages, et sur le suivi de l'impact des efforts de mutualisation et de protection sociale (AMO, RAMED, promotion des Mutuelles). Ils produisent aussi des informations sur l'orientation des financements du MSHP vers les priorités programmatiques définies dans ses documents de politique. Dans ce sens, les CS constituent un outil de planification essentiel pour soutenir les décisions, orienter et réorienter les actions, etc. L'effort de production requiert toujours un soutien technique pour une institutionnalisation pérenne qui permettra de disposer des CS régulièrement et avec promptitude.

Soutenir la mise en œuvre de la politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle. Cette politique regroupe les efforts autour de quatre axes :

- mobilisation des ressources efficace, équitable et pérenne ;
- accès aux soins plus équitable en vue de réduire le poids financier des dépenses de santé pesant
- encore largement sur les ménages ;
- meilleure allocation des ressources et d'une amélioration de la gouvernance financière ;
- – engagement du secteur privé.

Le MSHP doit s'engager à accroître l'efficacité des ressources mobilisées par l'amélioration de la gestion des ressources publiques en introduisant non seulement plus de transparence dans l'allocation et l'utilisation des ressources, mais aussi plus de pratiques de la reddition serait-il possible de trouver un synonyme plus courant ? Des comptes, constitue un préalable pour accroître l'efficacité des ressources mobilisées.

Ressources humaines – Principales conclusions

Entre 2009 et 2014, le Mali a enregistré une augmentation de plus de 25 % de ses ressources humaines de sante (RHS) qualifiées, médecins, infirmiers et sages-femmes. Cette augmentation ne répond pas encore à la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 23 membres du personnel de santé qualifiés pour 10 000 habitants.

Une forte concentration de ces RHS qualifiées est également identifiée dans le district de Bamako, et les besoins demeurent importants dans les régions de Mopti, de Ségou, de Koulikoro, de Kayes et de Sikasso. En tant qu'interface entre les communautés et les services de santé, les Agents de Santé Communautaire (ASC) constituent une option pertinente soutenue par le MSHP pour continuer à étendre la couverture sanitaire et l'accès aux soins au niveau le plus périphérique. Cependant, la pérennisation de leur prise en charge financière demeure problématique, tout comme leur encadrement technique et la qualité de leur formation, pour l'essentiel résultant des formations privées dont l'encadrement est insuffisant. Plusieurs autres défis apparaissent en ce qui concerne les recrutements et les affectations. Si la Direction des Ressources Humaines (DRH) et les Directions Régionales de la Santé (DRS) disposent en 2015 des outils (Système d'Information – Gestion des Ressources Humaines –SI-GRH) permettant une bonne planification des besoins nationaux et opérationnels tenant compte des zones dans lesquelles doivent être affectés en priorités les agents de santé, elles n'ont pas le pouvoir de décision qui relève en fin de compte au niveau national du Secrétariat Général du MSHP sous l'autorité du ministre, et au niveau régional, du gouverneur. Par ailleurs, les cadres organiques, qui auraient dû aider à rationaliser les décisions d'affectation, n'ont pas été mis à jour.

En ce qui concerne les motivations, bien que globalement des efforts aient été fournis comme la revalorisation des salaires des agents de la fonction publique nationale et l'harmonisation des salaires des agents des collectivités territoriales, ils ne tiennent toujours pas compte des niveaux de performance des agents.

Enfin, si des avancées sont relevées en matière de formation initiale, de nombreux défis ayant un impact sur la qualité des RHS demeurent, en particulier en ce qui concerne la qualité des formations dispensées dans les établissements privés. Quant au plan de formation continue des ressources humaines de la santé, il n'existe toujours pas.

Ressources humaines – Recommandations

Baser les décisions de répartition des agents de santé sur les données factuelles provenant du SI-GRH : afin d'améliorer la répartition des agents de santé de façon plus équitable sur le territoire national, les décideurs doivent s'engager à prendre en compte les propositions faites par la DRH et les DRS à partir des données factuelles du SI-GRH permettant une bonne planification des besoins nationaux et opérationnels tenant compte des zones dans lesquelles doivent être affectés en priorités les agents de santé.

Recruter par voie de concours au niveau régional et associer cette mesure à la décentralisation des postes budgétaires dans les régions : un recrutement par voie de concours au niveau régional est fortement recommandé et devra être complété par la décentralisation des postes budgétaires dans les régions.

Renforcer la qualité des formations initiales des établissements privés par la création d'un inspectorat : l'existence de nombreux établissements de formations initiales constituera vraiment une opportunité pertinente, et non plus une menace, pour le système de santé malien, si et seulement si la qualité des formations du secteur privé est privilégiée à travers la mise en place d'un inspectorat tel que prévu dans les documents de politique de la DRH.

Gestion pharmaceutique – Principales conclusions

En 1998, le Mali a adopté sa politique pharmaceutique nationale (PPN). Elle organise tout le secteur pharmaceutique et vise à rendre accessible géographiquement et financièrement des médicaments essentiels (ME) de qualité, à l'ensemble de la population. Des efforts sont relevés en ce qui concerne :

- la définition des rôles et des missions des parties prenantes ; la libéralisation du secteur pharmaceutique ;

- l'adoption d'un schéma directeur d'approvisionnement ; l'existence d'un contrat-plan État-Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ;
- l'élaboration des textes réglementaires et législatifs contribuant à améliorer la gestion de ce secteur ;
- l'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques ;
- la collecte des données au niveau des districts par le logiciel OSP/santé.

Malgré les avancées observées, des insuffisances sont également relevées dans la mise en œuvre des textes, et les problèmes de gouvernance pharmaceutique sont accentués par un manque de ressources humaines, matérielles et financières, en particulier au niveau de l'homologation et du contrôle de l'importation dont la DPM est responsable. L'ensemble de ces insuffisances crée encore des ruptures de stocks du niveau central aux points de dispensation. En outre, en tant qu'Autorité Nationale de réglementation (ANR), la DPM est chargée de délivrer les autorisations de mise sur le marché (AMM) mais les difficultés qu'elle rencontre pour mobiliser ses ressources propres disponibles au niveau du Trésor Public à travers la DFM du MSHP, dans des délais raisonnables, entravent la bonne marche d'un grand nombre de ses activités. Les difficultés précédentes sont encore aggravées par le fait que la DPM ne dispose pas d'un serveur servant à la compilation des données au niveau central ni d'une unité SIGL en son sein. Elle n'est alors pas en mesure de compiler, d'assurer le suivi ni d'exploiter et analyser les informations recueillies aux différents échelons de la pyramide de manière efficiente.

Un schéma national d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDAME) existe depuis 1996. Les rôles et les prérogatives de chaque partie prenante de la chaîne d'approvisionnement y sont bien détaillés. Dans la pratique, une grande diversité de sources d'approvisionnement en médicaments essentiels est observée, témoignant du non-respect des directives du SDAME. Malgré l'existence de textes réglementant la vente de médicaments, un réseau de vente de médicaments illicites et contrefaits existe et persiste en dehors des grossistes agréés et des fabricants. L'application insuffisante de ces textes pose de graves problèmes de santé publique et de gouvernance.

Au niveau national, la sélection de 566 médicaments définit la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME). Malgré son existence et sa mise à jour régulière en vue d'aider les structures sanitaires à mieux organiser leurs approvisionnements, cette liste n'est pas disponible au niveau de tous les sites par manque de ressources financières pour son impression et sa diffusion.

Enfin, les Comptes de la Santé 2013 indiquent encore l'importance des dépenses de médicaments dans les dépenses des ménages. Or, une règle sur les prix de cession des médicaments existe pour chaque niveau de la pyramide sanitaire dans le but d'améliorer l'accès financier des médicaments aux patients dans les établissements de santé. Toutefois, la non-application rigoureuse de cette règle par la majorité des structures est relevée et en limite la portée. Les CSCom sont les plus fréquemment incriminés.

Gestion pharmaceutique – Recommandations

Améliorer le système actuel et pérenniser les appuis et les financements extérieurs. Pour cela, le MSHP devra agir sur plusieurs facteurs notamment en :

1. renforçant la DPM par la mise à sa disposition des outils informatiques, de ressources humaines formées et des financements nécessaires pour mener ses missions ;
2. en luttant contre les circuits parallèles/illicites des médicaments ;
3. en faisant respecter le schéma directeur d'approvisionnement permettant d'assurer un accès à des médicaments de qualité ;

4. en améliorant l'accès des ME aux populations par l'application et le respect des coefficients de cession à tous les niveaux de la pyramide. ;
5. en accordant un pouvoir effectif à l'inspection ;
6. en faisant respecter les textes réglementaires.

Améliorer la coordination des PTF intervenant dans le domaine pharmaceutique :

1. en élaborant un plan quinquennal de financement des approvisionnements des médicaments essentiels aligné sur la PPN. Ce plan sera basé sur une évaluation des besoins pharmaceutiques nationaux de chacun des niveaux de la pyramide sanitaire. Il distinguera les domaines susceptibles d'être améliorés sur les seuls financements de l'État de ceux dépendant des financements extérieurs, et il organisera les interventions des PTF autour d'un panier commun défini avec la partie nationale. Ce plan précisera aussi les indicateurs permettant de mesurer les progrès par rapport aux éléments sur lesquels l'action devra porter en priorité en fonction des financements disponibles ;
2. en renforçant le cadre de concertation et de suivi des activités existant par la participation de tous les intervenants (acteurs nationaux, PTF).

Mettre en place une plateforme composée de la DPM, de l'IS, du LNS, de la PPM, du secteur privé et du CNOP pour assurer le suivi de la qualité des médicaments à partir d'une stratégie commune.

Système d'information sanitaire – Principales conclusions

En raison de l'importance du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS) pour la prise de décision, la planification, la gestion et l'évaluation des programmes et des services sociaux et de santé, le renforcement de ce système a été régulièrement rappelé comme une priorité, et il s'est toujours vu accorder une attention particulière parmi les stratégies à promouvoir. La Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) constitue l'interface administrative de tous les interlocuteurs désirant utiliser les statistiques du secteur de la santé et de l'action sociale.

L'élaboration d'un plan stratégique du SNISS pour la période 2015-2019 représente une réelle avancée pour orienter la mise en œuvre des actions nécessaires au renforcement du SNISS. Pour autant, les défis demeurent importants, tout particulièrement en ce qui concerne la mise en phase de tous les acteurs intervenant à la production des informations sanitaires (et ce, quel que soit le sous-système d'information considéré) et les ressources (humaines en premier lieu) dont dispose la CPS pour atteindre l'efficience recherchée. D'autres problèmes sont relevés. Ils concernent l'insuffisance des ressources devant soutenir les actions à mettre en œuvre et la gestion des données (transmission tardive des rapports d'activités ; validation et publication tardives des annuaires ; faible fiabilité des données ; et irrégularité des supervisions).

Au niveau du SIS, il n'existe pas de plateforme de collaboration et de partage des informations entre ses différentes composantes (Système Local d'Information Sanitaire – SLIS ; Système d'Alerte Épidémiologique – SAE ; Système d'Informations Hospitalières – SIH). L'épidémie d'Ebola a mis à nu la faible performance du système de surveillance épidémiologie (manque de rapidité de transmission des données ; faible couverture des statistiques issues du secteur privé à but lucratif ; etc.).

Le Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) prévu pour la collecte et la remontée de l'information pharmaceutique devant permettre aux gestionnaires de stocks de prendre les décisions qui garantiraient la disponibilité des produits et le service aux clients, est encore insuffisamment utilisé et renseigné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Bien que des améliorations aient été obtenues avec l'appui de certains PTF, de mauvaises estimations des besoins, des ruptures de stocks, des péremptions et/ou des sur-stockages sont encore relevées. Pour être capable de centraliser et d'analyser l'ensemble des données du SIGL, le MSHP a choisi de doter l'ensemble des structures, à tous les échelons de la pyramide, du même logiciel : le District Health Information System (DHIS2).

Bien qu'un plan d'action ait été validé pour l'opérationnalisation de ce logiciel, les ressources pour sa mise à l'échelle jusqu'au niveau des CSCom ne sont pas encore disponibles.

Un manque de coordination est également relevé au niveau du sous-système enquête et recherche (SER). Le partage des résultats des travaux et le système de stockage et d'accès aux données ne sont pas satisfaisants. Le plus souvent, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et la CPS réalisent leurs travaux indépendamment l'un de l'autre et sans tenir compte des autres pôles de recherche, y compris la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie –FMOS ; le Centre Mérieux ; le Centre de référence Drépanocytose et les Centres de lutte contre la maladie.

Quant au Système d'Informations Administratives et Financières (SIAF), la composante ressources humaines a enregistré des progrès considérables avec le développement du SI-GRH disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais la prise de décisions ne semble toujours pas être basée sur l'existence de cet outil. Quant à la composante financière et matérielle du SIAF, même si la Direction des Finances et du Matériel (DFM) dispose de données, celles-ci ne font pas l'objet de publications régulières sur lesquelles les décisions pourraient se baser, et ce malgré les besoins énormes en la matière de redevabilité financière. Cette composante du SNISS est méconnue d'un bon nombre de membres du personnel de la DFM. Dans les faits, aucun niveau ne semble être responsable de la coordination du SIAF.

Dans le cadre du Système d'Information Sociale (SISo), les indicateurs sont en déphasage avec ceux de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) (en ce qui concerne la mutualité), et avec ceux de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA) (en ce qui concerne les sociétés coopératives). L'absence d'informations devant être collectées sur l'AMO, sur le RAMED et sur la gratuité de certaines prestations, a des conséquences importantes sur la planification des actions prévues et réalisées dans le cadre du PRODESS d'une manière générale, mais aussi dans le cadre des actions spécifiques du MSHP dans les domaines de la gouvernance, de la gestion des prestations de services et de leur qualité notamment. En outre, l'allocation des ressources n'est toujours pas basée sur les informations produites.

Enfin, les insuffisances relatives à la carte sanitaire s'expliquent par l'ensemble des insuffisances constatées dans les autres sous-systèmes du SNISS. Il s'agit notamment de l'insuffisance d'intégration des données des structures privées, du manque de financement qui impacte négativement le suivi des agents sur le terrain, du non-respect de la périodicité de révision de la carte, du manque de coordination des parties prenantes. Elles sont également dues au mauvais fonctionnement du lien entre la base de données DESAM et le Health Mapper constaté dans plusieurs districts sanitaires.

Système d'information Sanitaire – Recommandations

Renforcer la coordination des parties prenantes au sein de chaque sous-système d'information et doter la CPS des moyens nécessaires afin de lui permettre de mettre en phase l'ensemble des parties prenantes : Chacun des sous-systèmes du SNISS est confronté à des problèmes que le SD-SNISS en cours n'a pas permis de résoudre. En particulier, la récente épidémie d'Ebola a mis à nu quelques-unes des faiblesses du SNISS qu'il y a lieu de corriger. Le renforcement de la coordination de chaque sous-système et de l'interface globale assurée par la CPS est indispensable si le MSHP veut disposer d'un SNISS capable de fournir l'information sanitaire et sociale nécessaire à la prise de décisions, à la planification, à la gestion et à l'évaluation des programmes et des services de santé. Pour cela, il y a lieu de renforcer les compétences des équipes techniques, de faciliter les échanges entre les sous-systèmes, et de favoriser la participation de tous les intervenants aux rencontres de concertation.

Rechercher les financements additionnels pour l'opérationnalisation du SD-SNISS : la mise à échelle du nouveau SD-SNISS tel que défini dans le plan stratégique SNISS 2015-2019, nécessite des financements additionnels qu'il y a lieu d'identifier. En particulier, l'opérationnalisation du DHIS2 retenu par le MSHP comme outil national sera possible grâce à de tels moyens. En outre, ces

moyens permettront aussi de rendre fonctionnel le SIGL. La fonctionnalité de ce système d'information prévu dans le nouveau SD-SNISS renforcera les résultats déjà obtenus avec l'aide des partenaires dans l'obtention de prévisions pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira en particulier : 1) d'informatiser le circuit de collecte des données visant à rendre disponibles toutes les informations relatives à la gestion logistique depuis les CSCom ; 2) de créer, au niveau de la DPM, une unité SIGL capable d'exploiter des données fiables et sur la base desquelles des décisions pourront être prises pour améliorer le système existant ; et 3) de réaliser des supervisions formatives régulières des activités à tous les niveaux du cycle logistique en vue d'améliorer le SIGL, l'utilisation des données, l'estimation des besoins et la gestion des stocks.

Prestations de services – Principales conclusions

La mise en œuvre des programmes a été orientée ces dernières années sur les cibles des OMD. Malgré des progrès sensibles, une présence marquée des PTF, et une prolifération de projets, le Mali n'a atteint aucune des cibles des OMD 4, 5, et 6 relatifs à la santé. La période de crise qu'a connue le Mali en 2012 a entraîné l'interruption de financement de nombreux projets, alors même qu'avec la signature du COMPACT une accélération des progrès vers les OMD était attendue.

Malgré la volonté de promouvoir l'équité dans l'accès aux services, des résultats mitigés sont observés. Certaines mesures, allant des gratuités accordées pour certaines maladies à la mise en place du RAMED pour les indigents, ont un impact sur l'équité mais ces résultats doivent être améliorés et doivent pouvoir être évalués précisément. L'actuelle organisation des services de prestations est orientée par la politique sectorielle de santé et population qui tire son inspiration de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP), de l'Initiative de Bamako (IB) et du scénario du développement sanitaire en trois phases de Lusaka (OMS). Les PRODESS I et II ont contribué à renforcer l'extension de la couverture par les CSCom qui constituent la base de la pyramide sanitaire et le premier niveau de contact avec les services de santé couvrant une aire de santé. En moins de cinq ans, le nombre de CSCom a doublé. Les CSCom assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA) officiellement adopté. Les transferts de responsabilités aux collectivités décentralisées dans le cadre de la décentralisation constituent un défi majeur pour la consolidation des résultats acquis. La médicalisation des CSCom, prévoyant la présence d'un médecin à cet échelon, constitue une étape encouragée par les autorités et soutenue par les partenaires dans le but d'améliorer la qualité des services au niveau périphérique. Les Centres de Santé Communautaire – Universitaires (CSCOM-U) constituent par ailleurs une catégorie de CSCom participant à la formation des futurs professionnels de la santé. Ils sont soutenus par certains partenaires (Canada et ONG) en collaboration avec la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et avec l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS). Six CSCom participent déjà à cette démarche qui donne satisfaction aux promoteurs et aux bénéficiaires. La pérennité d'un tel investissement et l'élargissement de cette démarche novatrice posent la question cruciale des capacités internes de financement.

Les CSRéf constituent le niveau immédiat de référence pour les CSCom. Avec l'équipe cadre de district, ils assurent la supervision technique des CSCom. La majorité des 63 CSRéf a bénéficié d'un effort d'équipement et de remise à niveau des plateaux techniques et des infrastructures de la part de l'État et des PTF. Grâce à la bonne articulation existant entre les CSCom et les CSRéf, et à la mise en œuvre de la référence évacuation, 100 % des CSRéf assurent les soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC). Cette performance est bien meilleure que celle des CSCom, dont seulement 7 %, sont parvenus à appliquer les soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB).

Au-delà des CSCom, tirant les enseignements des résultats positifs de plusieurs expériences pilotes employant les agents de santé communautaires, un plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014-2018 est sur le point d'être mis en œuvre. L'opérationnalisation de ce plan permettrait d'étendre davantage l'accès aux soins pour les populations rurales les moins bien desservies et au sein desquelles les enjeux sont les plus déterminants. Toutefois, la problématique

liée à la pérennisation des motivations des ASC qui permettrait de pérenniser leur présence n'a pas encore trouvé de solution.

Les établissements hospitaliers de deuxième et troisième références encadrés par la loi hospitalière sont engagés depuis plusieurs années dans une réforme dont l'objectif est d'améliorer le financement, la gestion et la qualité de leurs services. Les mesures incitatives prévues dans le cadre de la mise en place d'un contrat de performance État-Hôpitaux tardent à arriver et n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité des services hospitaliers dans lesquels de nombreux dysfonctionnements sont recensés. Dans ce contexte, faute d'autorité réelle, l'Agence Nationale d'Évaluation Hospitalière (ANEH) peine à jouer son rôle.

Le secteur privé à but lucratif se développe très rapidement avec un suivi très limité de la part des autorités de santé publique, comme si ce secteur ne faisait pas encore pleinement partie du système de santé. La porte d'entrée de la récente épidémie de fièvre à virus Ebola au Mali a été une des cliniques privées qui jouissait d'une réputation établie. Ceci est la preuve, s'il en était besoin, des dysfonctionnements existant dans la collaboration à l'intérieur du système de santé entre les structures publiques et les structures privées. Le potentiel de déstabilisation des systèmes de santé, y compris les plus sophistiqués et les plus performants, a été noté lorsque ceux-ci ont été affectés par les récentes pandémies mondiales. La plupart de ces épidémies sont dues à des pathogènes dont la transmission est d'origine animale (SARS, le virus de l'immunodéficience humaine, la maladie du virus Ebola, l'influenza aviaire) et exigent de faire appel à de nouveaux paradigmes de surveillance et de riposte contre ces maladies qui dépassent les frontières des seuls services de santé humaine. La récente évaluation du Règlement Sanitaire International (RSI) du Mali a mis en exergue qu'il ne répondait pas aux exigences escomptées.

Les menaces au cours des années passées des épidémies à virus H1N1, la récente épidémie d'Ébola qui a affecté le pays, le risque élevé de bioterrorisme qui accompagne le djihadisme dans le septentrion du pays ont entrainé une prise de conscience des autorités nationales quant à la nécessité d'accorder une attention prioritaire au programme de sécurité sanitaire mondiale. Un engagement au niveau le plus élevé a donc été pris dans le but de participer à un projet d'envergure sous régionale. Lors d'un atelier tenu à Bamako les 14 et 15 octobre 2015, le concept de « One Healh » (une santé), né de la prise en compte des grandes opportunités liées à la protection de la santé publique par des politiques de prévention et de contrôle des pathogènes au niveau des populations animales à l'interface homme/ animal/environnement, a été introduit dans les secteurs de la santé animale, de l'environnement, de la santé humaine avec le soutien des partenaires tels que l'USAID, l'OMS, la FAO et l'OIE. Le Mali se prépare pour ce programme qui va impliquer des changements non seulement dans l'organisation des services de santé mais aussi dans la manière dont ils travaillent avec les services techniques d'autres secteurs tel que l'élevage et l'environnement dans les domaines du renforcement de la surveillance épidémiologique. Dans ce sens, un accroissement de la performance des laboratoires, la coordination des équipes de recherche et des plateformes opérationnelles (centres d'opération), une meilleure coordination et une mise en commun des moyens nationaux et des partenaires techniques et financiers s'avèrent être des éléments déterminants dans le renforcement du système de santé malien.

Les référentiels, les normes et les standards ont été développés au fil des années mais ne sont pas rassemblés dans un document unique, ce qui impose des efforts considérables aux acteurs souhaitant en prendre connaissance pour les respecter.

La gestion des domaines de l'hygiène et de la salubrité est confiée au MSHP moyennant un partage de responsabilités avec d'autres ministères. Le MSHP a élaboré de nombreuses stratégies et de nombreux plans d'action à ce sujet. Un grand nombre de projets à haut impact dans ce domaine ont été financés par les PTF. Le passage à l'échelle de ces stratégies qui ont fait leurs preuves nécessite des niveaux de financement importants non encore disponibles.

Prestations de services – Recommandations

Faire une relecture de la politique sectorielle de santé population : cette politique a servi de boussole pour le développement du système et des services de santé du Mali depuis 1990. Après plus de 25 ans, il importe d'en faire une relecture afin d'y introduire les nouvelles perspectives et les priorités actuelles tout en préservant les principes et valeurs qui la sous-tendent.

Accorder une priorité à l'amélioration de la qualité des soins dans l'ensemble des structures de prestation de soins, dans la perspective d'offrir aux usagers des services techniquement efficaces dans les meilleures conditions : il s'agira à cette fin de promouvoir une culture de la qualité au niveau des prestataires, de formaliser l'accréditation des formations sanitaires tant publiques que privées, à but lucratif ou non, et de donner des pouvoirs suffisants à l'ANEH pour coordonner la réalisation des évaluations et pour valoriser les résultats de celles-ci.

Rendre effectif le concept d'équité dans l'accès aux prestations de services de santé : ce principe est bien énoncé dans la politique de santé mais très souvent oublié lorsqu'il s'agit de le mesurer, d'en apprécier l'amplitude et les moyens qui y sont consacrés ou de l'identifier comme une composante opérationnelle des interventions de santé. Une composante visant à suivre l'évolution de ce paramètre important pourrait être couplée à la fonction d'observatoire de la pauvreté. De même, les mesures de gratuité des soins et le développement de l'assurance maladie devraient être évalués en fonction de leur capacité réelle à garantir l'équité dans l'accès aux soins et services de santé.

Assurer le suivi méthodique des évolutions actuelles des CSCom : les transformations des CSCom en CSCom médicalisés disposant de médecins, et des CSCom en CSCOM-U servant de lieu de stage dans le cadre des formations initiales des agents de santé, méritent un suivi méthodique et régulier par une entité à désigner afin de prévenir des dérives éventuelles par rapport à la place de ces structures sanitaires dans la pyramide sanitaire.

Commanditer une étude analytique indépendante pour éclairer la séparation des fonctions cliniques et de santé publique de l'Équipe Cadre de district (ECD) : le CSRéf constitue un échelon important dans le système de santé du Mali. La séparation des fonctions cliniques et de santé publique de l'ECD ne peut pas être une simple décision administrative au regard de nombreuses implications qui pourraient en résulter.

Exercer un leadership national réel sur la réalisation des objectifs de la réforme des hôpitaux : la situation des établissements hospitaliers n'évolue pas favorablement tant du point de vue des résultats techniques que de la gestion des ressources. Face à une telle situation, le Ministère devra exercer un leadership plus fort quant à la réalisation des objectifs de la réforme des hôpitaux en exigeant d'eux une meilleure performance dans la fourniture des services de prestations de qualité tant cliniques que chirurgicales ou paracliniques, et en assurant l'encadrement du personnel en formation. Le MSHP devra également exiger une reddition des comptes et la réalisation des projets d'établissements.

Opérationnaliser le plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014-2018 : ce plan pourrait constituer une avancée significative sur la voie du passage à l'échelle de la stratégie des SSP pour rapprocher les services essentiels des populations. Il devra être lancé après avoir évalué les possibilités de pérennisation de cette stratégie compte tenu des coûts de prise en charge des ASC qu'il y a lieu de soutenir régulièrement.

Rendre plus efficace la préparation et la riposte nationale aux maladies émergentes transnationales et transcontinentales et aux autres risques tel que le bioterrorisme, qui constituent des menaces réelles sur la sécurité sanitaire mondiale : ceci exigera une meilleure coordination intersectorielle dans le cadre de l'application du RSI - 2005, notamment la prévention des résistances microbiennes, la prévention des zoonoses, la biosécurité et la bio sureté, la vaccination et le système national des laboratoires et le développement, entre autres, des capacités essentielles portant sur les ressources humaines, le laboratoire, la législation nationale.

Réorganiser, repositionner et renforcer les structures du MSHP en charge de l'hygiène et de la salubrité publique : plusieurs plans stratégiques d'hygiène et de salubrité publique ont été élaborés. Pour soutenir leur mise en œuvre, il est nécessaire de donner plus de poids aux structures du MSHP, dont c'est le mandat parmi l'ensemble des ministères en charge de ce domaine. En outre, il importe qu'il y ait un suivi rigoureux de l'exécution des responsabilités transférées aux collectivités locales en matière de salubrité.

Impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé

L'équipe d'évaluation a souhaité insister tout particulièrement sur l'impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé qui constitue un réel défi pour le Mali au cours des années à venir. Comme mentionné dans l'introduction, un effort de recentrage des objectifs de développement autour des OMD a été effectué par le Gouvernement malien afin de rattraper les retards enregistrés et pour s'inscrire dans le mouvement plus global de réalisation des objectifs du développement durable. La réduction de la pauvreté y occupe une place centrale à laquelle les objectifs sanitaires et sociaux doivent contribuer notamment par la réduction de la croissance démographique.

L'évaluation a pu relever dans les différents domaines du système de santé analysés, que la croissance démographique remet fortement en cause la plupart des efforts déjà mis en œuvre par le MSHP, mais aussi ceux des autres ministères. En effet, pour satisfaire les besoins en services de santé qui vont en augmentant avec l'accroissement de sa population, le MSHP devrait fournir des efforts toujours plus importants de mobilisation des financements, mais aussi d'organisation, et de planification, combinés à une amélioration de la maitrise de la fécondité par des techniques sures et cout efficaces s'il veut atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

La conjoncture qui prévaut au Mali depuis 2012, a, semble-t-il, obligé le Gouvernement malien à accorder la priorité aux actions en faveur de domaines régaliens plus urgents tels que la défense et la sécurité nationale. Dans un tel contexte, un accroissement des efforts de financements en faveur du MSHP est hautement improbable comme l'étayent les conclusions des sections portant sur le financement, le système d'information sanitaire, les ressources humaines : entre 2004 et 2015, sont notamment enregistrées une baisse de la part du budget de l'État alloué à la santé de 13%, une baisse de 44% de la part du budget alloué au MSHP, et des difficultés de mobilisation des fonds provenant du Trésor Public à travers la DFM du MSHP pour mettre en œuvre les activités programmées. Enfin, la disponibilité des RHS qualifiées pourrait illustrer à suffisance les défis autour de cette problématique. En effet la DRH en 2015, précise que *« Si le Mali veut atteindre l'objectif fixé par l'OMS à savoir 23 personnels de santé (Médecin, Infirmier et Sage-femme) pour 10 000 Habitants, il lui faudra combler le Gap de 18,1 d'ici 2023. Soit un recrutement de 1 700 personnels de santé par an. (...) Pour atteindre cet effectif minimum, le budget annuel requis pour le recrutement devrait passer de 600 000 000 FCFA à 2 000 000 000 FCFA par an, soit une augmentation de 333 % pendant les 5 prochaines années »*[10].

Recommandation

Faire de la réduction de la croissance démographique une priorité : Il reste une marge de manœuvre considérable pour entreprendre des actions en matière de planification familiale ciblées sur ce groupe de la population, afin de réduire le taux de fécondité et améliorer la santé de la femme.

[10] DRH, 2015, Note technique sur la médicalisation des aires de santé (CSCom).

1. INTRODUCTION

Depuis 1990, le Mali dispose d'une Politique Nationale de Santé (PNS) qui s'inscrit dans une approche sectorielle et qui intègre le développement social, la promotion de la famille et l'organisation du système socio-sanitaire. La politique sectorielle de santé et de population est mise en œuvre à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDSS). Le PDSS actuel porte sur les périodes 20142023, et énonce la vision du gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il est opérationnalisé à travers un premier programme quinquennal : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III) qui porte sur la période 2014-2018. Dans le but de préparer la revue à mi-parcours du PRODESS III, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a souhaité disposer d'éléments d'évaluation préalables pour les actions dont il est responsable.

En ce qui concerne les stratégies mises en œuvre pour permettre de relever le défi, le MSHP insiste pour que l'accent soit mis sur une bonne gouvernance dans son secteur, et sur une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs participant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, opérationnel).

L'ambition de cet exercice est d'apporter un éclairage à partir des conclusions et recommandations issues de la revue du système de santé du Mali, selon une méthode de diagnostic rapide présentée plus loin.

L'étude a analysé les facteurs et les contraintes au niveau du système et des services de santé, relativement aux dimensions suivantes : Gouvernance, Financement, Ressources humaines, Gestion pharmaceutique, Système d'information sanitaire et Prestation de services de santé.

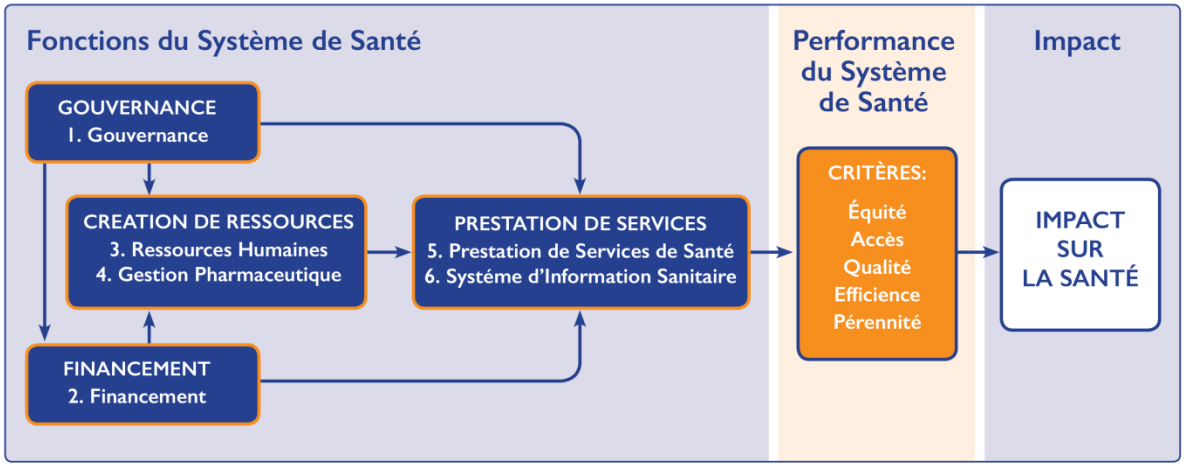
Les premiers résultats de l'évaluation, présentés dans un rapport préliminaire, ont été soumis à une large audience de responsables nationaux, régionaux et locaux de la santé, mais aussi aux partenaires au développement, et aux représentants du secteur associatif de la santé, de la société civile, et du secteur privé. En juillet 2016, deux importants ateliers ont été organisés à Koulikoro (atelier régional) et à Bamako (atelier national). En plus de ces ateliers, des échanges de haut niveau ont eu lieu avec la haute hiérarchie du ministère de la santé. Ces échanges ont permis de clarifier la méthodologie, le champ de l'évaluation, et de répondre à des questions spécifiques posées par les participants. Ce processus de validation a permis aux nombreux acteurs et partenaires du système malien de s'approprier les forces et faiblesses, les défis et opportunités auxquels le système de santé est confronté. Il leur a également permis de s'approprier les recommandations de cette évaluation qui ont fait l'objet d'un plan d'action et d'une feuille de route de mise en œuvre.

2. METHODOLOGIE

2.1 Cadre conceptuel de l'évaluation du système de santé au Mali

Le cadre conceptuel de l'évaluation du système de santé au Mali est adapté du document « The Health Systems Assessment Approach : A How-to manual » (version 2.0, de septembre 2012)[11]. Cette approche a été appliquée dans un grand nombre de pays. Elle est basée sur le cadre formel des six fonctions du système de santé tel que défini par l'OMS (Figure 2.1.1). La méthodologie classique de l'évaluation consiste en une analyse des performances du pays à partir d'un ensemble d'indicateurs reconnus par la communauté internationale, d'une revue de la littérature, d'entretiens avec les personnes clés, et d'un atelier de restitution au cours duquel sont discutées les conclusions et recommandations préliminaires avec les acteurs du système de santé.

Figure 2.1.1 Cadre formel des six fonctions du système santé défini par l'OMS



Source : HSA Sénégal, 2009

Parce qu'il s'agit d'une évaluation rapide, aucune donnée primaire n'est collectée. Cette approche a été adaptée non seulement aux attentes spécifiques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, de l'USAID, mais aussi au contexte qui a prévalu pendant toute l'évaluation au Mali.

L'objectif global de l'évaluation au Mali vise à faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces des six composantes du système de santé malien dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé de qualité de la population, et en particulier des femmes en âge de procréer et des enfants de moins de 5 ans.

Les objectifs spécifiques consistent à :

1. Proposer une analyse par composante qui prend en considération les différents niveaux d'intervention (Central, Régional, Opérationnel) ;

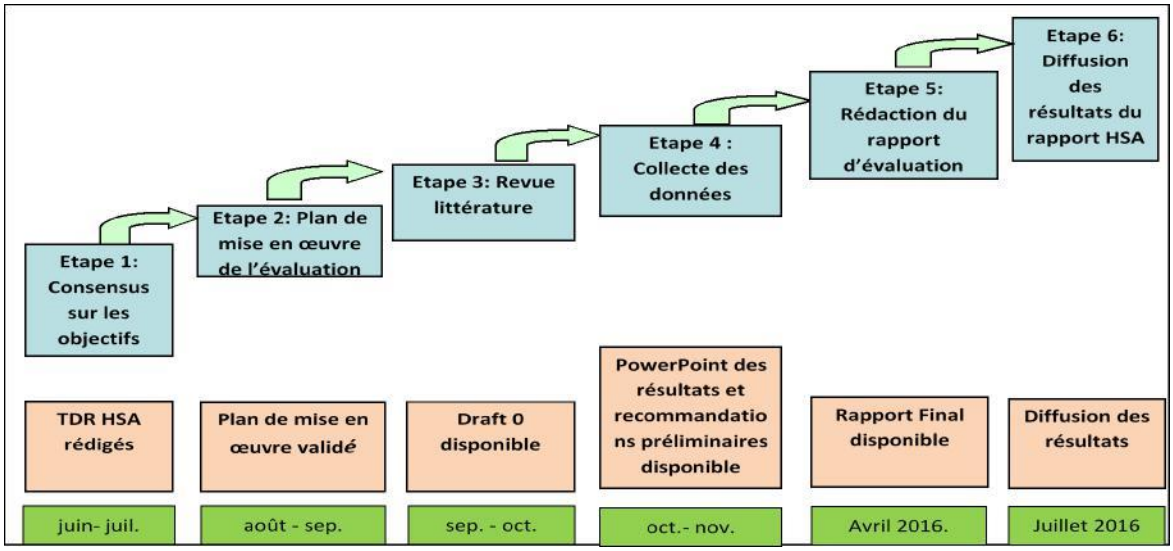
[11] Health Systems 20/20, 2012, The Health System Assessment Approach : A How-To Manual - Version 2.0., www.healthsystemassessment.org

2. Proposer une analyse par composante qui tient compte des questions de gouvernance et de leadership (redevabilité des acteurs), des aspects relatifs à la coordination des acteurs et des aspects liés à la prévention et à l'hygiène publique, et aux leçons apprises de la récente épidémie d'Ébola ;
3. Faire une analyse détaillée des composante liées à la gestion de produits pharmaceutiques et du système d'information sanitaire ;
4. Prendre en considération les résultats produits par l'équipe du cabinet Dalberg chargée de la révision du manuel de procédures du PRODESS en cours au moment de l'évaluation afin de capitaliser leurs efforts.

2.2 Étapes du processus de l'évaluation

L'évaluation du système de santé au Mali a suivi les étapes décrites à la figure 2.2.1.

Figure 2.2.1 Étapes du processus d'évaluation du système de santé malien selon la méthodologie HSA



Source : Termes de Référence de l'évaluation du système de santé au Mali, équipe HSA/HFG, 2015

Les termes de référence de l'évaluation ont été définis suite aux rencontres au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec le Secrétaire Général du MSHP, le directeur de la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) et son équipe ; avec les différentes équipes de la mission USAID au Mali et quelques-uns de leurs partenaires de mise en œuvre (URC, MSH, IntraHealth, PSI) ; avec les donneurs bilatéraux (en particulier les Coopérations Canadienne et Néerlandaise, l'Agence Française de Développement), les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA pour identifier leur intérêt à participer à l'évaluation du système de santé selon la méthodologie HSA ; et avec les acteurs de la société civile (FENASCOM, Groupe Pivot, ASDAP) (Annexe 1).

La Coopération Canadienne, l'OMS et la Banque Mondiale ayant manifesté un intérêt à cette évaluation du système de santé au Mali ont participé au processus.

Les détails de la mise en œuvre ont été précisés par l'équipe d'évaluation en collaboration avec la CPS du MSHP chargée de la coordination du processus.

La compilation des documents de revue de la littérature a démarré dès le début du processus (Annexe 2). Les documents ont été identifiés à partir de recherches menées sur plusieurs sites internet, mais également sur les recommandations de la mission USAID/Mali, des services du MSHP malien, des partenaires au développement rencontrés et plusieurs experts nationaux dans différentes

disciplines de santé publique touchant les différentes fonctions du système de santé retenues pour cette évaluation.

La collecte des informations complémentaires dans le pays a été organisée du 02 au 23 novembre 2015. Elle a débuté par une rencontre entre l'équipe de la CPS et l'équipe d'évaluation (Annexe 1 – Composition de l'équipe d'évaluation au Mali). Celle-ci a ensuite conduit des entretiens avec les répondants-clés parmi les parties prenantes au niveau national puis mené des visites aux échelons régional et opérationnel dans les sites identifiés (Tableau 2.2.1- programme des rencontres).

Tableau 2.2.1 Programme des rencontres pour la collecte des données complémentaires du 02 au 23 novembre 2015

Lundi 02	Mardi 03	Mercredi 04	Jeudi 05	Vendredi 06
	DNS	Hopital Point G	Intrahealth	UTM
	FENASCOM	DFM	Direction Generale du budget	DNS
	DPM	PPM	DFM	DGB
	Hopital Point G	Ordre des pharmaciens	DRH	Coop Canadienne
	CADD	OMS	LNS	OMS
	ASDAP	ANTIM	DPM	CPS/SIS
	AIRS	SIAPS	Hopital Gabriel Toure	Hopital Point G
		DRH	Inspection de la sante	UMPP
		ANEH	DPM	
		Groupe pivot	UNICEF	

Lundi 09	Mardi 10	Mercredi 11	Jeudi 12	Vendredi 13
Equipe de la Direction Regionale de la Sante	Protection sociale	Equipe cadre du district de Kati	Equipe cadre du district de Diolla	USAID
Gouvernorat de Koulikoro	Officines privees Koulikoro	Gouvernorat de Kati	CSCOM Diolla Central	Save the Children
	FERASCOM	CSCOMFarada/CSCOM Malibougou	ASACO Diolla Central	DNS
Depot PPM	CMIE/INPS	ASACOFarada/ASACO Malibougou	Charge sante Mairie Diolla	DFM
Consell Regional		Officine privee	Officine privee	
		Cabinet prive	Cabine prive	
		FELASCOM Kati		

Lundi 16	Mardi 17	Mercredi 18	Jeudi 19	Lundi 23
INFSS	DNS			
CNTS	IGP			
PNLP	CANAM	Equipe sante mission USAID/Mali	Equipe sante mission USAID/Mali	DNS/hypiéne publique et la salubrité
PNLT	Hopital de Kati			
ANAM	SIAPS		Directeurmission USAID/Mali	
DRH	Commissariat reformé			

Lundi 16	Mardi 17	Mercredi 18	Jeudi 19	Lundi 23
	Institutionnelle			
CENAM				
DGB				
Direction Protection Sociale Economie Solidaire				
CENAM				
Measure				

Source : Équipe d'évaluation, 2015

les sites visités ont été sélectionnés sur la base d'un choix raisonné. Pour mieux tenir compte des multiples aspects transversaux à aborder dans le cadre de cette évaluation, seule la région de Koulikoro a été retenue. Ce choix répond aussi aux critères suivants : zone où la sécurité était relativement bonne, zone facilement et rapidement accessible, présentant des indicateurs de santé maternelle et infantile faibles. Les critères utilisés pour sélectionner les districts de Kati et de Dioila ont été la densité de population (le district de Kati présente les caractéristiques d'une zone urbaine et Dioila présente celles d'une zone rurale où existent des expériences novatrices telles que l'approche de Financement Basé sur les Performances).

2.3 Limites méthodologiques

Basées sur une revue de la littérature et complétées par des entretiens avec les acteurs du système de santé au niveau central, régional et opérationnel, les informations de terrain émanant en particulier des niveaux régional et opérationnel ne présentent que des cas spécifiques aux zones sélectionnées qui peuvent difficilement être extrapolées à l'ensemble du pays. Toutefois, elles fournissent des indications non forcément perçues au niveau central qui précisent certaines difficultés mais aussi les avancées rencontrées lors de la mise en œuvre aussi bien au niveau régional qu'opérationnel.

Les questions, les enjeux, et les défis spécifiques du point de vue géographique, stratégique, programmatique, budgétaire, etc. aux trois régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal) et aux cercles de Mopti touchés par la crise de 2012, n'ont pas été traités de façon particulière. Au cours de la période récente, peu d'enquêtes réalisées au niveau national couvrent l'intégralité du territoire malien. L'enquête EDS 2012-2013 exclut, elle aussi, les trois régions du Nord et les cercles de Mopti concernés par la crise. Bien que certaines sections mettent en évidence les aspects pertinents relevés à partir de la littérature et des entretiens menés sur le terrain, il y a lieu de prendre ici quelques précautions quant aux analyses et interprétations qui peuvent être faites pour certains indicateurs.

Enfin, le changement de Ministre de la santé intervenu au cours de la période de l'évaluation (24 septembre 2015), et le contexte sécuritaire particulier qui prévalait à la fin de la mission de collecte n'ont pas permis l'organisation des échanges prévus avec les responsables du MSHP au terme de la phase de collecte de données.

3. CONTEXTE ET PROBLÈMES AFFECTANT LE SYSTÈME DE SANTE

Cette section a pour but de mettre en perspective le contexte dans lequel évolue le système de santé malien, mais aussi de comprendre les différentes influences auxquelles il est soumis. Dans un premier temps, elle décrit le contexte général dans lequel s'intègre le système de santé malien, en présentant le contexte politique et administratif, le contexte macroéconomique du pays, le climat des affaires, et la situation socio-économique. Puis, elle présente le cadre général de l'organisation du système et des services de santé.

3.1 Contexte Général

3.1.1 Contexte Politique et Administratif

Le Mali est un pays sahélien d'Afrique de l'Ouest, sans débouché maritime, et frontalier de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Niger, de l'Algérie, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Guinée. Il est traversé par le fleuve Niger et le fleuve Sénégal.

Jusqu'en janvier 2016, le Mali est divisé administrativement en huit régions[12] et un district (Figure 3.1 1), et en 52 cercles ; il compte 703 communes. La décentralisation est une réforme majeure en cours. Elle vise à transférer des compétences aux collectivités territoriales afin que les affaires locales soient gérées au plus près des populations. En 2005, pour assurer la représentation nationale des collectivités territoriales, le Haut Conseil des Collectivités Territoriales, huitième Institution de la République du Mali est créé. Son avis est requis sur toutes les questions concernant la politique de développement local et régional, la protection de l'environnement et l'amélioration de la qualité de vie des citoyens à l'intérieur des collectivités territoriales. Depuis 1990, malgré des lenteurs enregistrées dans l'opérationnalisation du processus global de décentralisation, au niveau du Ministère de la Santé, des éléments majeurs sont relevés. L'adoption en 1990 de la Politique Sectorielle de Santé et de Population a permis :

- le découpage géographique du pays en aires de santé aux termes de négociations entre les membres des communautés ;
- la création des Centres de Santé Communautaires (CSCom) par les populations regroupées en associations ;
- la reconnaissance par les pouvoirs publics des responsabilités des associations dans la gestion des CSCom en ce qui concerne les premiers soins et la promotion de la santé au sein de l'aire sanitaire.

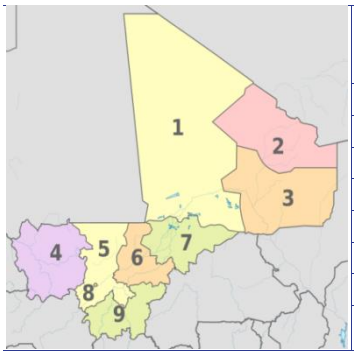
En outre, par la loi n°95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales, ces dernières participent à l'administration de la santé dans les conditions définies. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle, et l'Assemblée Régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur

[12] Le conseil des ministres du 19 janvier 2016, matérialise la création des régions de Taoudénit (anciennement dans la région de Tombouctou) et de Ménaka (jusque-là dans la région de Gao)

les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales. Cependant

des lenteurs sont notées quant à la réorientation des financements vers les collectivités territoriales et les sommes mobilisées par ces dernières demeurent très faibles (moins de 3% en 2011)[13] .

Figure 3.1.1 Régions administrative du Mali



N°	Nom	Superficie (km²)	Population 2014[14]	% population
4	Région de Kayes	119 743	2 374 994	13,7
5	Région de Koulikoro	95 848	2 885 459	16,7
8	District de Bamako	252	2 156 690	12,5
9	Région de Sikasso	70 280	3 148 819	18,2
6	Région de Ségou	64 821	2 785 676	16,1
7	Région de Mopti	79 017	2 425 735	14,0
1	Région de Tombouctou	496 611	803 881	4,6
3	Région de Gao	170 572	646 047	3,7

Source : INSTAT, 2014

La population du Mali est estimée à 17.307.999 habitants en 2014, (EMOP 2014, sur la base des projections faites à partir du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2009, prenant en compte un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6%). Trois quarts de la population résident en milieu rural (74,5%)[15]. La population est inégalement dispersée sur un vaste territoire de 1.240.192 Km2. Les cinq régions du nord (Gao, Kidal, Tombouctou, Taoudénit, Ménaka), situées en zone désertique, représentent les deux tiers de la superficie du pays pour seulement 10% de sa population (Figure 3.1.1).

Malgré des difficultés importantes depuis l'instauration de la démocratie en 1991, le Mali a maintenu les principes et règles démocratiques en organisant des alternances successives par des élections libres en 1992, 1997, 2002 et 2007. Toutefois, deux mois avant les échéances électorales présidentielles de 2012, un pronunciamiento militaire a conduit au départ du président élu. L'indépendance du Nord du pays (Régions de Gao, de Tombouctou, et de Kidal) est déclarée unilatéralement par un groupe armé en avril 2012. Elle n'est pas reconnue par la communauté internationale. Les conflits s'aggraveront, conduisant à l'état d'urgence puis à l'engagement de forces internationales au début de l'année 2013 et auront des conséquences sur le secteur de la santé.

[13] Secrétariats généraux de MSHP, MTASH, MPFFE, Politique Nationale de Financement de la Santé pour la couverture universelle 2014

[14] INSTAT, 2014, Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) 2014-2015 passage 1 – Rapport d'Analyse premier passage 2014, aout, Document Ronéotypé, p25-26.

[15] CPS/SSDSPF, INSTAT, INFO-STAT, Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT), 2014, Enquête Démogra-phique et de Santé (EDMS-V) 2012-2013 Mali, Document Ronéotypé, USAID/ INSTAT/Coopération Canadienne, mai, p 4. http ://www.worldbank.org/en/country/mali/overview, consulté le 07 décembre 2015.

3.1.2 Contexte macroéconomique, climat des affaires, et situation socio-économique

a. Contexte macroéconomique

La structure du PNB est relativement stable depuis 1990 avec des secteurs primaire (agriculture, or) et tertiaire (commerce, transports, administration publique) qui contribuent chacun entre 35 et 40% du PNB. Le secteur industriel malien est peu développé (environ 4% au PNB). Régulièrement ébranlé par les chocs extérieurs (climatiques, politiques, variations de prix du pétrole, des matières premières, et des devises sur les marchés internationaux), le taux de croissance du PNB a chuté de 2,7% à 0,0% entre 2011 et 2012 avant de remonter à 1,7% en 2013 puis à 7,2% en 2014, témoignant à la fois de la vulnérabilité de l'économie malienne[16] mais également d'une certaine capacité de résilience. En plus d'un taux de croissance de sa population des plus élevés au monde (3,6% en 2009[6] ; 3,0% en 2014), le Mali est confronté à une insécurité alimentaire[17].

Encadré 1 : Impact de la crise de 2012 sur l'économie malienne

Depuis le 22 mars 2012, le Mali a été secoué par les évènements qui ont ébranlé le processus démocratique et conduit à la mise en place d'institutions de transition et à l'occupation des 2/3 du territoire national par une rébellion armée constituée de plusieurs groupes et de salafistes (MUJAO, AQMI). Ces évènements ont entraîné :

- le ralentissement de l'activité économique sur lénsemble du territoire national ;
- la destruction ou l'arrêt de fonctionnement d'infrastructures socio-économiques dans les zones occupées ;
- les mouvements de populations avec des lots importants de réfugiés internes et dans les pays voisins ;
- l'absence de l'État et de ses démembrements au niveau des régions occupées par les belligérants ;
- la suspension de la coopération avec la plupart des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ;
- la baisse de la confiance des agents économiques (incertitudes) ;
- la baisse des recettes budgétaires (révision du budget etc.) ;
- la baisse des dépenses en faveur des secteurs sociaux (compromettant la réalisation du CSCRP et les OMD, etc.) ;
- la détérioration des acquis en termes d'atteinte des OMD.

Il faut rappeler également que les différentes dimensions du développement humain notamment les conditions de vie des populations (santé, éducation, formation, emploi, etc.) les réseaux sociaux, les liens d'échange et de solidarité mobilisables en cas de choc sont lourdement atteints.

[16] Entre avril et juin 2014, 41,3% des ménages ruraux (28,5% de ménages urbains) étaient en situation d'insécurité alimentaire. En octobre-décembre 2014, ils étaient respectivement 35,1% et 23,3%. (INSTAT, 2015, Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages – Santé, Emploi, Sécurité Alimentaire, et Dépenses de consommation des ménages, octobre-décembre 2014, Document Ronéotypé, février, p41.

[17] Après avoir chuté de 2,7% à 0,0% entre 2011 et 2012, le taux de croissance du PIB est remonté à 1,7% en 2013 et a atteint 5,8% en 2014 (http ://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview)

Bien que les perspectives économiques6 paraissent plus favorables[18] depuis le début de l'année 2015, les chocs exogènes subis depuis 2011 ont eu des conséquences sur sa population, et en particulier sur la santé de celle-ci.

En effet, les faibles niveaux pluviométriques de 2011 et 2013 ont impacté la santé de la population et en particulier les niveaux de malnutrition (qui auraient pu être bien plus catastrophiques s'ils n'avaient pas été compensés par des interventions renforcées dans le cadre des actions d'urgence humanitaires portant sur la nutrition et l'alimentation au Sahel et au Mali). L'insécurité et l'instabilité politique sont à l'origine non seulement de violences sur la population et en particulier les femmes, mais aussi de déplacements massifs de personnes notamment des fonctionnaires de toutes catégories en poste dans les zones de conflit (Gao, Tombouctou, Kidal et 3 cercles de la région de Mopti). Ces mouvements se sont faits en direction du sud du pays et des pays limitrophes (Burkina Faso, Niger, Mauritanie et Algérie). La destruction des infrastructures et la pénurie en personnel de santé a contribué à limiter l'accès aux services de santé et d'éducation de base dans les zones de conflits. Ceci a été aggravé par la réduction globale de l'aide internationale en faveur du secteur de la santé. L'aide de la majorité des partenaires a été orientée vers les interventions d'urgences humanitaires organisées et gérées par les Organisations Non Gouvernementales (ONG).

b. Climat des Affaires et état de droit

Amélioration du climat des affaires (le Mali occupe la première place parmi les 8 pays membres de l'UEMOA, et la cinquième place parmi les 15 pays de la CEDEAO.

Depuis 1991, le Mali s'inscrit dans une démarche de consolidation de la démocratie, et de l'État de droit. La nouvelle constitution adoptée à l'issue d'une conférence nationale souveraine, et la fixation d'un cadre pour des élections libres et transparentes ont permis d'organiser les premières élections démocratiques du pays. L'affirmation d'une économie libérale a exigé la création d'un cadre favorable à la séparation des pouvoirs par la création de l'ensemble des institutions de la République (Assemblée Nationale, Cour des Comptes, Cour Constitutionnelle, Cour Suprême, Haut Conseil des Collectivités, Conseil Économique et Social). Un environnement favorable aux affaires et juridiquement approprié a été rendu possible par l'adoption d'un code des investissements et la création d'organismes de soutien à la promotion des pratiques de libre concurrence et d'arbitrage. En outre, le principe d'une justice qui se veut indépendante de l'exécutif a vu le jour.

Malgré l'avènement de la démocratie, des conflits armés sévissent de manière récurrente depuis plusieurs décennies dans les 3 régions du Nord du Pays (Gao, Tombouctou, Kidal) sans s'être estompés. Ils ont abouti à la signature de plusieurs accords de paix toujours remis en cause.

Le 20 juin 2015, la signature d'accords de paix est intervenue à la suite de négociations. Outre le retour de la paix, il est espéré que ces accords conduisent à la réconciliation, au retour de l'administration et à la stabilité économique dans ces régions. Dans le cadre de la réflexion globale sur la régionalisation qui concerne l'ensemble du pays, une réflexion particulière sur la décentralisation et la libre administration par les collectivités territoriales de ces 3 régions est en cours. Concomitamment, dans ces 3 régions, sont recherchées des réponses adaptées aux conséquences de la crise humanitaire et sociale qui a durement affecté l'organisation et la disponibilité des services de santé déjà très dégradés avant la crise, encore aggravés par une absence de l'administration publique après la crise. Cette période a été surtout marquée par la présence des ONG qui organisent une offre de soins et de médicaments très limités, palliant ainsi l'absence des

[18] Du fait de l'amélioration de la situation sécuritaire, du rétablissement de la démocratie, du retour d'un niveau de pluviométrie correcte en 2014, d'une intensification de la production d'or, de la baisse du cours du pétrole sur les marchés internationaux, de la diminution du cours du Franc CFA par rapport au Dollar des États Unis, et du retour des investisseurs et de la reprise de l'aide inter-nationale

structures publiques. Par rapport aux services sociaux de base, en préparation de la réunion OCDE-Gouvernement du Mali du 22 octobre 2015, une première estimation des besoins a été faite par la mission d'évaluation conjointe Banque mondiale, Banque Islamique, Banque Africaine de Développement et l'Organisation des Nations Unies. Le coût de la réhabilitation des infrastructures de services sociaux de base de santé, parmi les trois composantes retenues, est estimé à 28,396 milliards FCFA, celui de l'éducation, l'eau, l'assainissement, et l'amélioration de la qualité des services à 73,567 milliards de FCFA, soulignant l'ampleur du gap à combler.

c. Situation de la Pauvreté

L'incidence de la pauvreté au Mali a régulièrement baissé entre 2001 et 2010, passant de 55,6% à 43,6%. La pauvreté demeure cependant un phénomène essentiellement rural (ce milieu contribue à 91% de l'incidence de la pauvreté en 2010) même si elle a beaucoup diminué dans ce milieu. Le groupe socio-économique des agriculteurs contribue pour 81% à l'incidence de la pauvreté monétaire. Ainsi, « toute politique de réduction de la pauvreté en faveur de ce groupe des agriculteurs est bénéfique pour l'ensemble du pays »[19] (CSCRP 2012-2017/Mali).

Dans le contexte de la crise de 2012, selon le site de la Banque Mondiale consulté le 1er septembre 2015, « le taux de pauvreté au Mali a probablement augmenté de 2 points de pourcentage selon les estimations, par rapport à son niveau officiel de 43,6% en 2010 »[20,21] Des disparités régionales persistent. Les régions les plus touchées sont celles de Ségou, de Mopti et surtout de Sikasso : respectivement le taux de pauvreté monétaire est de l'ordre de 47% dans le deux premières, et de 87% dans la troisième[22]. L'indice de pauvreté demeure plus élevé en milieu rural qu'en zone urbaine (respectivement 51,0% et 31,0%)[23]. En 2013, le Mali se classait au 176[ieme] rang sur 187 de l'indice de développement humain (IHD)[24].

3.2 Contexte Sanitaire

La Politique Nationale de Santé (PNS) au Mali, s'inscrit depuis 1990 dans une approche sectorielle qui intègre le développement social, la promotion de la famille et l'organisation du système socio-sanitaire. La politique sectorielle de santé et de population définit ainsi les grandes orientations du développement sanitaire au Mali. Elle est fondée sur les principes de soins de santé primaires (SSP), et de l'Initiative de Bamako (IB). Ses principaux objectifs sont l'amélioration de la santé des populations prenant en compte la santé mentale, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé.

3.2.1 La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de la population

La politique sectorielle de santé et de population a été mise en œuvre jusqu'en 1998 à travers le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), puis à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS).

---

[19] CSCRP 2012-2017/Mali, p22.
[20] http ://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/03/14/the-malian-economy-holds-steady-in-the-face-of-crisis. Consulté le 1er septembre 2015
[21] Le taux de pauvreté est passé de 55,6% à 43,6% entre 2001 et 2010 (http ://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview)
[22] Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées, ONU Femmes, PNUD, 2013, Impact de la crise so-cio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali, Document Ronéotypé, mars, p12.
[23] BCEAO, 2012, Rapport sur la situation de la pauvreté dans les pays de l'UEMOA, document ronéotype, p 34.
[24] Rapport sur le Développement Humain dans le Monde 2014, p179.

Un premier PDDSS a été élaboré pour la période 1998-2007. Il a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I) sur la période 1998-2002 et le PRODESS II sur la période 2005-2009. Ce dernier programme a été prolongé jusqu'en 2011 afin d'être aligné sur le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP 2007-2011) qui constitue le cadre de référence pour les politiques et programmes sectoriels pour l'atteinte des Objectifs du Millénaires pour le Développement (OMD).

- Le second PDDSS a connu un retard dans son élaboration du fait de la crise politique de 2012. Validé en novembre 2013, il porte sur la période 2014-2023, et présente la vision actuelle du gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des OMD. Il vise 11 objectifs stratégiques orientés en premier lieu vers la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. Le PDDSS 2014-2023 est mis en œuvre à travers le PRODESS III qui porte sur la période 2014-2018. Quatre orientations principales sont définies sur cette période :
    - l'amélioration de la performance du système de santé afin qu'il soit proche des populations, bien géré et fournisse des prestations de qualité ;
    - la responsabilisation des acteurs ;
    - le renforcement de la solidarité ;
    - la maitrise du développement du secteur.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté au Mali, à la fin du PRODESS II, le constat était que l'affectation des 60%[25] des ressources au niveau déconcentré, où vit la majorité de la population, et en priorité au profit des plus pauvres, n'était pas encore effective. Entre 2011 et 2013, seul un tiers des financements avait été alloué au niveau des régions et était davantage orienté vers les régions les moins pauvres[26]. Pour cela, les orientations du PRODESS III prévoient qu'un accent particulier soit mis sur les zones pauvres et la satisfaction des besoins des pauvres. En outre, l'hygiène et la salubrité publique constitue un pan important mis en exergue dans le PRODESS III. Pour les autorités de santé publique, les questions relatives à l'environnement ont pris une proéminence en raison de la relation santé-environnement et des engagements pris par celles-ci. Outre la désertification en lien avec les changements climatiques, les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, ont un impact important sur une majeure partie de la population, en particulier les plus pauvres et celles vivant dans les zones rurales. L'amélioration de l'accès à l'eau potable et de l'évacuation des excréta, la connaissance et la pratique de gestes simples d'hygiène (lavage des mains, etc.) sont autant d'éléments sur lesquels le PRODESS III met l'accent en vue d'améliorer la santé de la population. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a une responsabilité importante.

3.2.2 État de santé

Cette section passe en revue les indicateurs de l'état de santé de la population malienne présentés dans le tableau 3.2.1.

Au Mali, en 2013, selon le Country Profil/World Development Indicators de la Banque Mondiale, l'espérance de vie à la naissance était de 58 ans[27].

Bien que faciles à prévenir ou à traiter au niveau des services de santé de premiers contacts, ou au niveau des ménages à travers l'adoption de meilleures pratiques, le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées sont responsables de plus d'un quart des causes de mortalité et de

[25] PRODESS III, §2, p12.
[26] PRODESS III, §2, p12.
[27] http ://data.worldbank.org/country/mali#cp wdi, consulté le 28 janvier 2016

morbidité aussi bien parmi les enfants que parmi les adultes (DNS, Annuaire SLIS 2014, pp 99-102). Un tel profil épidémiologique s'explique en grande partie par des conditions d'hygiène et sanitaires précaires (faible niveau d'accès à l'eau potable, déficit d'assainissement). En effet, 66% de la population utilisent une eau provenant d'une source améliorée (existence de fortes disparités entre les habitants des zones urbaines (93%) et ceux des zones rurales (59% ; EDS 2012-2013 cité par le PRODESS III, §3, p13) : 22% des ménages disposaient de toilettes considérées comme améliorées et non partagées (41% en zone urbaine ; 17% en zone rurale ; EDS 2012-2013 cité par le PRODESS III, §4, p13) ; 37% des ménages disposaient de savon et d'eau pour le lavage des mains (EDS 2012-2013 cite par le PRODESS III, §5, p13).

En outre, le Mali a été l'un des six pays d'Afrique de l'Ouest qui ont enregistré des cas de maladies à virus Ébola au cours de la récente période. Cette épidémie menaçait la sécurité sanitaire régionale et mondiale. En quelques mois seulement, une importante mobilisation de ressources humaines et de moyens logistiques a servi à pallier la faible préparation des professionnels de la santé et l'impréparation des services de santé à faire face à des phénomènes d'une telle ampleur et qui contribuaient à freiner le fonctionnement du système de santé national. Aujourd'hui, tirant les leçons de cette expérience, la préparation et la réponse à des menaces similaires constituent une priorité pour le pays et ses partenaires.

En 2015, les indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile demeurent encore éloignés des cibles retenues pour les OMD, et ce malgré une augmentation de l'accès aux soins dans le secteur de la santé ces dernières années et une amélioration des indicateurs de santé dans le temps.

Selon l'EDS 2012-2013, le taux de mortalité maternel était estimé à 368%o. La mortalité maternelle est plus élevée en zones rurales[28] où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est limité à cause, d'une part, des grandes distances géographiques pour atteindre les centres de santé et d'autre part de la rareté des ressources (ressources humaines de la santé, et en particulier les RHS qualifiées-médecins, infirmiers, et sages-femmes, mais aussi les ressources financières, logistiques, et en produits pharmaceutiques). Les indicateurs en santé de la reproduction sont médiocres avec seulement 59% des accouchements assistés par un personnel qualifié et 41,2% des femmes enceintes ayant reçu au moins quatre ou plus de services de soins prénataux (EDS 2012-13). En ce qui concerne les femmes âgées de 15-49 ans, seulement 9,6% utilisent une méthode moderne de contraception alors que 26% d'entre elles ont déclaré avoir des besoins non satisfaits de planification familiale (EDS 2012-13) dans un pays où le taux de fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme (avec de grandes disparités entre zones rurales et urbaines : respectivement 6,5 et 5,0 selon l'EDS 2012-13). Dans un contexte économique régulièrement ébranlé par des chocs extérieurs (climatiques, socio-politiques, variations de prix du pétrole et des matières premières, et fluctuations des devises sur les marchés internationaux) imposant des efforts d'ajustement constants, la pression démographique constitue un défi majeur.

Le taux de mortalité infantile enregistre une hausse depuis 2006 passant de 96 %o cette année-là (EDS 2006), à 104%o en 2009 (INSTAT 2010[29] : rural : 118 ; urbain : 86,1), puis à 107 %o en 2012 (EDS 2012-2013).

La malnutrition constituait la seconde cause de décès enregistrée dans les établissements sanitaires. En outre, malgré les efforts entrepris dans le domaine de la prévention, de la lutte vectorielle et de la prise en charge, le paludisme apparaît comme étant le principal motif de consultations dans les établissements de santé.

---

[28] En 2009, selon l'EDS IV, le taux de mortalité maternelle est de 554,6 pour 100 000 en milieu rural contre 115 pour 100 000 en mi¬lieu urbain, cité dans « Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Mali (2013) >>, page 51.

[29] Chiffre cité dans le rapport « Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali », p47.

Malgré les efforts entrepris dans le domaine de la prévention, de la lutte vectorielle et de la prise en charge, le paludisme apparait dans les statistiques sanitaires nationales (DNS, SLIS 2014) comme étant le principal motif de consultations dans les établissements de santé (40% en 2014). Le paludisme grave représente 53% des causes de décès enregistrés en 2014 et constitue ainsi la première cause des décès enregistrés dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans sont fortement concernés (en 2011, 34,6% des cas de paludisme graves concernaient des enfants de moins de 5 ans ; 73,2% des décès dus au paludisme grave concernaient des enfants de moins de 5 ans)[30].

Enfin, une épidémie de Poliomyélite, due à un cas importé en 2015, a obligé les autorités sanitaires à entreprendre une campagne de vaccination.

3.2.3 Les services de santé

Les services de santé sont composés de l'ensemble des structures et organismes publics (État et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé (voir Figures 3.2 1 et 3.2 2 et Tableau 3.2 2).

a. Organisation des services de santé

Au niveau institutionnel

Le système de santé est structuré en trois niveaux :

- Le niveau opérationnel d'appui technique aux CSCom constitué par l'Équipe Cadre du District (ECD) ;
- Le niveau régional intermédiaire d'appui technique, composé des Directions Régionales de la Santé (DRS) ;
- Le niveau national stratégique, composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des services centraux du MSHP.

Les ordres professionnels constituent des organismes personnalisés placés sous la tutelle du MSHP. Ils sont chargés de veiller à la déontologie des pratiques professionnelles pour chacun des ordres (médecins, pharmaciens et sages-femmes). Des organes consultatifs existent. Il s'agit du comité d'éthique, et du comité des évacuations sanitaires.

Au niveau des structures de prestations de soins

La composante publique des services de santé du Mali est structurée de la base vers le sommet comme suit :

- Le premier niveau de contact est représenté par les CSCom (établissements privés à but non lucratif) ;
- Le premier niveau de référence est constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf) implantés au niveau des chefs-lieux de cercles. Ils disposent communément d'un plateau technique comprenant une équipe à tendance chirurgicale pouvant assurer les soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgence tels que les césariennes ;
- Le second niveau de référence est constitué des sept Établissements Publics Hospitaliers (EPH) de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg

[30] « Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Mali (2013) », page 58.

qui est un établissement privé ayant mission de service public ;

- Le troisième niveau de référence comprend les EPH avec un plateau technique à vocation générale (Hôpital Point G, Hôpital Gabriel, Hôpital du Mali, Hôpital de Kati) ou spécialisé (IOTA, CNOS). La position de l'EPH de Kati comme troisième niveau de référence s'explique par l'existence au sein de cet établissement du centre d'excellence de traumatologie orthopédique.

Les établissements privés à but lucratif sont composés au titre de l'arrêté N° 91-4318/MSPAS-PF-CAB du 30 octobre fixant l'exercice des pratiques professions sanitaires privées de cliniques, de cabinets médicaux, de laboratoires d'analyse, de centres de radiodiagnostics, de cabinets dentaires privés et d'unités de lunetterie avec une forte concentration dans la capitale Bamako et les capitales régionales. Pour le secteur pharmaceutique, il existe des officines privées et des grossistes répartis sur l'ensemble du territoire mais fortement concentrées à Bamako.

La Loi d'Orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. À cet effet, elle institue une carte sanitaire (adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans), qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé, complétée par la carte hospitalière. Ce dispositif est complété par le secteur privé (qui a connu un fort développement au cours des deux dernières décennies, surtout dans les grandes villes et dont l'évolution est mal maitrisée), les services de santé de l'Armée, les structures de santé confessionnelles, et une médecine traditionnelle riche et variée (présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population).

Tableau 3.2-1 : Indicateurs de l'état de santé

Indicateurs	Mesures	Mali		Afrique sub-saharienne	
		Source	Données (année)	Source	Données (année)
Santé de la reproduction					
Prévalence contraceptive	Utilisation de moyens contraceptifs modernes parmi les femmes de 15-49 ans	EDS 2012-2013 DNS, Annuaire du SLIS 2014	9,6% (34% parmi les femmes de 15-49 ans non en union) (22% en urbain) (7% en rural) 12,2%	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 02 octobre 2015)	28% (2013)
Besoins en contraceptifs modernes non satisfaits	Besoins en contraceptifs modernes non satisfaits parmi les femmes de 15-49 ans en union	EDS 2012-2013 EDS 2006	26% (24% urbain) (27% rural) 31%	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 02 octobre 2015)	24% (2013)
Taux de fécondité	Nb de naissances/ femme	EDS 2012-2013 EDS 2006 EDS 2001	6,1 (6,5 rural ; 5,0 urbain[31]) 6,6 6,8		
Femmes enceintes ayant reçu des soins prénataux par du personnel formé	Femmes enceintes ayant reçu des soins prénataux dispensés par une personne formée (médecin, infirmier, sage-femme, matrone)/	EDS 2012-2013	74%		

[31] Indice synthétique de fécondité

	nb total de femmes enceintes				
Femmes enceintes ayant réalisé 4 CPN	Femmes enceintes qui ont reçues 4 CPN/ nb total de femmes enceintes ayant eu une naissance vivante au cours de 5 années précédant l'enquête	EDS 2012-2013	41,2%	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 02 octobre 2015)	49% (2013)
Accouchements assistés par un personnel formé (infirmier/sage-femme/matrone/médecin)	Naissances déroulées avec l'assistance d'un personnel formé/nb total de naissances	EDS 2012-2013 DNS, Annuaire du SLIS 2014	59% 59%	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 02 octobre 2015)	52% (2013)
Mortalité					
Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à la naissance	World Bank[32] (2013)	58 ans	http ://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/ (consulté le 02 octobre 2015)	57
Quotient de mortalité infantile	Probabilité de décès avant 1 an pour 1000 naissances vivantes	EDS 2012-2013 EDS 2006 EDS 2001 MAHSPA 2013[33]	107‰ 96‰ 113,4‰ 104‰ (rural : 118 ; urbain : 86,1)	http ://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/ (consulté le 02 octobre 2015) 2010-2015 2005-2010 2000-2005	 64‰ 75‰ 88‰
Quotient de mortalité infanto-juvénile	Probabilité de décès avant 5 ans pour 1000 naissances vivantes	EDS 2012-2013 EDS 2006 EDS 2001 Recensement Général de la	95‰[34] 191‰ 229‰ 154‰	http ://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/ (consulté le 02 octobre 2015) 2010-2015 2005-2010 2000-2005	 99‰ 117‰ 142‰

[32] http ://data.worldbank.org/country/mali#cp_wdi, consulté le 28 janvier 2016

[33] Cité dans Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées, ONU Femmes, PNUD, 2013, *Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali*, Document Ronéotypé, mars, p47.

[34] Probable sous enregistrement des décès sur cette période, voir EDS 2012-2013, p 194.

		Population 2009			
Rapport de mortalité maternelle	Nb de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes pour les mères entre 15 et 49 ans	EDS 2012-2013 EDS 2009	368‰ 363,6‰ (rural : 554,6‰ ; urbain 115,2‰)	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 02 octobre 2015)	510 (2013)
Approvisionnement en eau et conditions sanitaires					
Population ayant accès à des sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson	Part de la population ayant accès à des sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson	EDS 2012-2013	66% (national) (rural : 59% ; Urbain 93%)		
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	% d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans	EDS 2012-2013	9%		
% d'enfants qui ont eu une diarrhée qui a été traitée	% d'enfants qui ont eu une diarrhée qui a été traitée parmi ceux qui ont eu une diarrhée	EDS 2012-2013	74%		
Population qui a accès à des sanitaires améliorés	Part de la population ayant accès à des sanitaires améliorés (partagés ou non)	EDS 2012-2013	41,1%		
Nutrition					
Retard de croissance	Taille et Age enfants de moins de 5 ans (résulte d'une alimentation inadéquate sur une longue période)	EDS 2012-2013	38% (national) 15% (- de 6 mois) 24% (9-11 mois) 48% (18-35 mois) 39% (48-59 mois)		
Insuffisance pondérale	Poids et Age enfants	EDS 2012-	26% (national)		

	de moins de 5 ans (sensible aux variations saisonnières)	2013	28% (rural) 17% (urbain) 32% (Mopti) 26% (Ségou) 27% (Sikasso)		
VIH, TB, Paludisme					
Incidence du paludisme	Nombre de nouveaux cas de paludisme observés/	Annuaire Statistique du Mali 2011 (2012) PRODESS III[35]	35,4% 90,4‰		
Taux de létalité associés au paludisme		WHO (2010) citant Annuaire Sanitaire Statistique du MSHP 2008	1,0‰		
Prévalence palustre chez les enfants de 6-59 mois	Proportion d'enfants positifs au test de parasitémie	EDS 2012-2013	52%		
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	Proportion d'enfants dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide	EDS 2012-2013	73%	http ://www.data.unicef.org/child-health/malaria.html (consulté le 02 octobre 2015) 2013	36%
Femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées	Proportion de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées	EDS 2012-2013	73%		
Ménages possédant au moins 1 MII pour 2	Proportion de ménages possédant	EDS 2012-2013	42%		

[35] PRODESS 2014-2018, §2, p9.

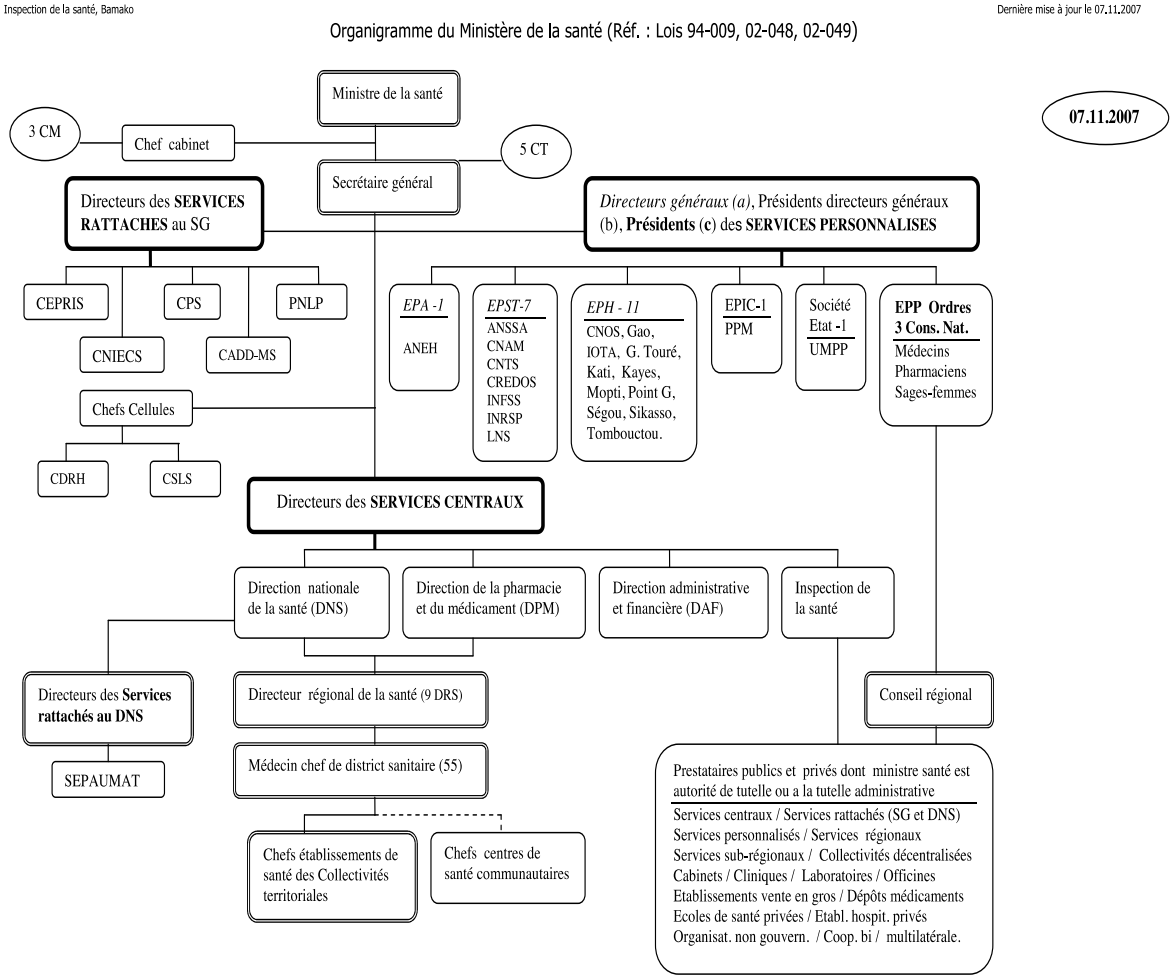
personnes	au moins 1 Mll pour 2 personnes				
Prévalence de la TB toutes formes pour 100.000				http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf p49 ((consulté le 02 octobre 2015) 2012	175 pr 100 000
Proportion de cas de TB détectés et traités par DOTS					
Prévalence du VIH	Nb de personnes séropositives au VIH dans la population des 15-49 ans	EDS 2012-2013	1,1% (population générale) 1,3% chez les femmes) 0,8% hommes)		
Couverture vaccinale					
BCG		EDS 2012-2013	84%		
DTCP1		EDS 2012-2013	78,1%		
DTCP2		EDS 2012-2013	70,2%		
DTCP3		EDS 2012-2013	57,1%		
Polio 1		EDS 2012-2013	81,1%		
Polio 2		EDS 2012-2013	72,5%		
Polio 3	% d'enfants entre 12-23 mois ayant reçu 3 doses du vaccin contre la polio	EDS 2012-2013	46,8%		%
Rougeole	% d'enfants entre 12-23 mois vaccinés contre la rougeole	EDS 2012-2013	72%	http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf ; p36. (consulté le 02 octobre 2015)	74%

Figure 3.2-2 : Description du système de santé niveau institutionnel et prestations de soins

Niveau institutionnel	Niveau des Structures de prestations de soins				
		Public	**Privé**	**Confessionnel**	**Santé des armées**
Le niveau opérationnel est celui du cercle. Il constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion	**NIVEAU DISTRICT SANITAIRE**		CSCom 1er niveau de contact 1204 en 2014[36] dont 32% ont au moins un médecin (98% des CSCom de Bamako ont un médecin ; 29% des CSCom dans le reste du pays[37]) + 1028 en 2011 autres établissements classés en médical, paramédical, pharmaceutique, traditionnel	25 en 2011	19 postes médicaux, d'infirmeries, de maternités de garnison et d'infirmeries-hôpitaux en 2011
		63 [illegible] CSRéf 1ere			
Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau	**NIVEAU INTERMEDIAIRE** dans les chefs-lieux de région	EPH 2ieme 7 en 2014[39]	Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg (mission de service public)		
Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. Il définit aussi les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous	**NIVEAU CENTRAL**	EPH 3ieme référence 5 en 2014[40]			

[36] DNS/MSHP, 2014, Annuaire SLIS 2014, Document ronéotypé, 163p.
[37] DNS/MSHP, 2014, Annuaire SLIS 2014, Document ronéotypé, pp 37-39.
[38] DNS/MSHP, 2014, Annuaire SLIS 2014, Document ronéotypé, 163p.
[39] DNS/MSHP, 2014, Annuaire SLIS 2014, Document ronéotypé, 163p.
[40] DNS/MSHP, 2014, Annuaire SLIS 2014, Document ronéotypé, 163p.

Figure 3.2.3 : Organigramme du Ministère de la Santé, 2007



L'organigramme donne une image exacte de la division du travail, indique quels postes existent dans l'Organisation, comment ils sont regroupés en unités et comment l'autorité formelle circule entre eux (Henry Mintzberg).

Les abréviations par catégorie et par ordre alphabétique

- CM : Chargés de missions
- CT : Conseillers techniques

1. EPA : Etablissements publics à caractère administratif
- ANEH : Agence nationale d'évaluation des hôpitaux

2. EPSTC : Etablissements publics à caractère scientifique, technologique ou culturel
- ANSSA : Agence nationale de la sécurité sanitaire des aliments
- CNAM : Centre national d'appui à la lutte contre la maladie
- CNTS : Centre national de transfusion sanguine
- CREDOS : Centre de recherche et documentation pour la survie de l'enfant.
- INFSS : Institut national de formation en sciences de la santé
- INRSP : Institut national de recherche en santé publique
- LNS : Laboratoire national de la santé

3. EPH : Etablissements publics hospitaliers
- CNOS : Centre national d'odontostomatologie
- IOTA : Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique

4. EPIC : Etablissements publics à caractère industriel et commercial
- PPM : Pharmacie populaire du Mali

5. Société d'Etat
- UMPP : Usine malienne de production de produits pharmaceutiques

6. EPP : Etablissements publics à caractère professionnel
- Ordres : Les Ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes ; leurs présidents sont élus)

7. Services rattachés
- CADD-MS : Cellule d'appui à la décentralisation / déconcentration du ministère de la santé
- CEPRIS : Cellule d'exécution du programme de renforcement des infrastructures sanitaires.
- CNIECS : Centre national d'information et de communication pour la santé.
- CPS : Cellule de planification statistique.
- PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme
- SEPAUMAT : Service entretien parc auto et matériel.

8. Cellules d'appui
- Cdrh : Cellule de développement des ressources humaines.
- Csls : Cellule du comité sectoriel de lutte contre le sida.

L'organigramme donne une image exacte de la division du travail, indique quels postes existent dans l'Organisation, comment ils sont regroupés en unités et comment l'autorité formelle circule entre eux (Henry Mintzberg).

Sources : Ministère de la Santé, 2007

Tableau 3.2.2 Indicateurs des services de santé

Indicateurs	Mesures	Mali		Afrique sub-saharienne	
		Source	*Données*	*Source*	*Données*
Infrastructures sanitaires					
CSCom		Données 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	1204		
CSRéf		Donnée de 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	63		
Établissements Publics Hospitaliers (seconde référence)		Donnée de 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	8 dont un hôpital privé de mission de service public		
Établissements Publics Hospitaliers (troisième référence)		Donnée de 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	5		
Laboratoires					
Pharmacies					
Dépôts de pharmacie					
Écoles de formation de santé					
Ressources Humaines					
Médecins	Nb de médecins /10.000hab.	Données 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014[11]	0,86		
Infirmiers	Nb d'infirmiers /10.000hab.	Données 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	2,28		
Sages-femmes	Nb de sages-femmes et infirmières obstétriciennes /10.000 hab	Données 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	0,98		
Personnels de santé	Nb de médecins, infirmiers, sages-femmes/10.000 hab	Données 2014, DNS, Annuaire du SLIS 2014	4,07		
Accès aux services de santé					
Taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de moins de 5 Km	Nb d'habitants résidant dans un rayon de moins de 5 Km d'un établissement de santé	DNS, Annuaire du SLIS 2014	56%		
Proportion de la population vivant à plus de 15 Km d'un établissement de santé	Nb d'habitants résidant dans un rayon de plus de 15 Km d'un établissement de santé	DNS, Annuaire du SLIS 2014 EMOP 2014/15-passage2 juil-sep	9% 7,2%		
Taux consultation des services de santé/an/habitant	Nouvelle consultation/ hab/an	DNS, Annuaire du SLIS 2014	0.32		

Source : Données de diverses sources compilées par l'équipe d'évaluation, 2015

4. MODULES TECHNIQUES

4.1 Gouvernance

La gouvernance est définie comme un ensemble d'actions visant à formuler et à mettre en place des règles, des arrangements institutionnels et de faire en sorte que les objectifs du secteur santé soient atteints[41]. Trois acteurs sont impliqués dans la gouvernance : la Puissance Publique (État) ; les prestataires de services ; les bénéficiaires (usagers). Le leadership et la gouvernance impliquent pour l'OMS, que soit assurée l'existence de cadres de travail relatifs aux politiques, et stratégies et que ces cadres soient combinés à une supervision, une dynamique collective, une règlementation, une attention à la conception du système et à une reddition des comptes efficaces.

4.1.1 État des lieux

Depuis l'indépendance (1960), le Mali est passé par différents régimes politiques qui ont laissé leurs empreintes sur la gouvernance du système de santé. Jusqu'en 1991, l'État s'est imposé comme garant et gérant de la santé des populations avec comme conséquence une forte centralisation des services aux mains de la puissance publique. Au cours de cette période, la pratique de la planification a été une constante pour guider le développement économique et social y compris le secteur de la santé.

Face aux déséquilibres macro-économiques, la paupérisation croissante et l'augmentation de la corruption, l'ensemble des secteurs de l'économie malienne, y compris les secteurs sociaux, ont été engagés dans des programmes d'ajustement structurels. La politique de santé s'est voulue alors plus participative et a mis l'accent sur de nouvelles orientations qui structurent encore, en grande partie, la gouvernance du système de santé (cadre législatif, cadre institutionnel, pluralité des acteurs et des prestataires dont la privatisation et la participation des communautés). À partir de 1991, outre une plus grande culture participative et de reddition des comptes, le Mali s'est aussi inscrit vers de nouvelles formules de financement à travers la mutualisation des risques santé et enfin confirme la volonté politique de consolider l'expansion des CSCom.

Le premier et le second Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), ainsi que leur trois Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), confirment donc de manière constante la volonté de l'autorité nationale de santé publique à renforcer la gouvernance du système de santé. Elle en fait un des axes stratégiques prioritaires du PRODESS III élaboré pour la période 2014-2018.

Les objectifs retenus pour l'axe gouvernance et leadership sont les suivants :

- la prise en charge du genre ;
- la planification stratégique et opérationnelle ; – l'implication de toutes les parties prenantes ;
- la coordination et la mise en œuvre des intervenants ;
- le renforcement des audits internes et externes et du contrôle.

Pour l'évaluation de la gouvernance globale, une série d'indicateurs clefs ont été renseignés. Il s'agit notamment de la réactivité des autorités publiques, de la liberté de choix et l'expression des préférences, des pouvoirs des clients (usagers individuels et regroupés dans des cadres formels), de

[41] HSA Approach how-to-do p114.

la prestation de service, du partage de l'information et le lobbying, de l'administration et du contrôle des ressources. La gouvernance du système de santé[42] a, quant à elle, été évaluée à travers la capacité de planification stratégique et opérationnelle, la capacité de règlementation et de législation ; la coordination des partenaires, y compris les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), la société civile, le secteur privé, la participation libre au dialogue politique et à la prise de décision, le contrôle et l'audit. Enfin, la fonction de leadership a été évaluée à travers l'exercice de la conduite des affaires publiques notamment la capacité à diriger les acteurs et à orienter les actions dans le sens d'une plus grande synergie autour des objectifs et options stratégiques, enfin en allouant et en contrôlant les ressources financières, humaines et matérielles.

4.1.2 Gouvernance globale

a. La reddition des comptes et la transparence

Globalement, plusieurs instances ont été mises en place dont le bureau du Vérificateur et l'instauration d'un espace d'interpellation démocratique. Plusieurs rapports incriminant des pratiques à l'écart des normes de bonne gouvernance ont été publiés par le Vérificateur, y compris pour des dossiers dans le secteur de la santé. La poursuite de ces dossiers visant à aboutir à des sanctions judiciaires (correctionnelle ou pénale) est très lente. Les effets moralisateurs et de prévention attendus de l'action du bureau du Vérificateur semblent timides, créant un doute sur l'efficacité de ce système et sur sa valeur pédagogique en termes de changement de mentalité des agents de l'État, de recul de la fraude, et des pratiques spoliant les ressources publiques. Plusieurs scandales ont été enregistrés dans le secteur de la santé liés aux financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'Alliance mondiale pour la vaccination et les immunisations (GAVI).

Bien que la volonté de développer une culture de reddition des comptes et de transparence soit affirmée dans les différents documents de politique, les mécanismes mis en place pour y parvenir sont encore loin de la concrétiser.

Dans les organismes personnalisés tels que la Pharmacie Populaire du Mali, l'Institut National de Recherche en Santé Publique, les Établissements Publics Hospitaliers, des Conseils d'Administration reçoivent des comptes rendus d'exécution des budgets non certifiés par des organismes indépendants. Peu de foras (Assemblées Générales) sont tenus pour informer un public plus large que celui des membres des Conseils d'Administration. Une telle situation amène donc à s'interroger sur la volonté réelle et les moyens mis en œuvre pour une reddition des comptes par l'autorité de tutelle. Beaucoup d'acteurs au sein des services publics et parmi les usagers des services publics eux-mêmes, s'interrogent sur l'utilité réelle des Conseils d'Administration.

Par ailleurs, une expérience sur le Financement Basé sur les résultats (FBR) réalisée récemment dans la région de Koulikoro a permis de tester un système de transparence de la gestion et de reddition de comptes pour lesquels aussi bien les prestataires, les gestionnaires, et les bénéficiaires ont exprimé un niveau de satisfaction qui plaide en faveur d'une extension de cette expérience. La connaissance par tous, des résultats obtenus et des rétributions indexées sur le niveau de performance (résultats) a contribué à améliorer de manière tangible la performance du système de santé locale (Voir section Financement et Annexe 3).

[42] Plusieurs documents stratégiques ayant trait à la gouvernance du système de santé au Mali sont postés sur le site http ://www.chpp.org/user ?language=fr.

b. La corruption

En 2014, le Mali se classe au 115eme rang sur 175 pays selon l'indice de perception de la corruption de « Transparency international »[43]. Dans le secteur de la santé, la corruption existe à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle affecte le fonctionnement des services et influe sur son niveau de performance. La corruption augmente du niveau local (CSCom), où la communauté exerce un contrôle plus attentif, vers les structures de références de premier, second et troisième niveau. Elle est source d'iniquités dans l'accès aux services de santé et génératrice de passe-droits qui enfreignent les règlementations existants. Pour exemples : l'acquisition de certains équipements onéreux qui tombent en panne avant de fonctionner ne semble pas étrangère à ces pratiques douteuses ; L'existence de circuits parallèles de paiement des actes est connue. L' « impuissance » généralisée face à la corruption est préoccupante.

Le vœu d'améliorer la gouvernance globale est perceptible dans de nombreux documents de politique de développement économique et social (Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté – CSCRP ; Stratégie Commune d'Assistance Pays -SCAP) et même dans les documents de politique sectorielle. Le Mali a adhéré à la revue des paires de l'Union Africaine dont l'un des objectifs est de veiller aux bonnes pratiques de gouvernance dans les États membres. L'instauration de l'espace d'interpellation démocratique (EID) constitue une originalité malienne. Bien qu'il offre une tribune à la société civile pour exprimer ses inquiétudes, la durée de ses sessions (une journée pour les deux sessions annuelles) est insuffisante pour traiter le volume de dossiers et en limite la portée pédagogique. La majeure partie des conditions fixées par les bailleurs de fonds continue de porter sur des mesures d'amélioration de la gouvernance. La plupart de ces acteurs ont considérablement aidé à instaurer de bonnes pratiques dans ce domaine : des infrastructures imposantes et toutes neuves abritent aujourd'hui les institutions de la République ; une société civile proactive s'est développée depuis l'avènement de la démocratie ; une liberté d'opinion et un égal accès aux médias publics progressivement se met en place. Malgré cela, l'éradication de la corruption et la pratique de la reddition des comptes constituent des objectifs qui sont loin d'être réalisées.

4.1.3 Gouvernance du système de santé

a. Planification et programmation

La formulation d'une vision, et la fixation d'une direction stratégique constituent des aspects essentiels de la gouvernance du système de santé. Elles permettent une projection en vue d'agir sur le futur et d'obtenir les améliorations escomptées sur l'état de santé. En cela, la planification fondée sur une prospective constitue un élément central de départ de la gouvernance.

Au fil des années, le Mali a acquis un vrai savoir-faire de planification stratégique et de programmation dans le domaine de la santé[44].

Depuis 1981, une Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale existe de façon constante[45] au sein du Ministère de la Santé. Dans la continuité, la Cellule de Planification et de la Statistique (CPS sectorielle) a été créée en 1992. Depuis 2013, elle est au service de trois départements ministériels intervenant dans la politique sectorielle de la santé et du développement social (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique-MSHP ; Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord ; -MSAHRN ; Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la famille -MPFEF). Son action est prolongée au niveau de

[43] https ://www.transparency.org/country/#MLI consulté le 26 janvier 2016
[44] PDDSS I et PDDSS II ; PRODESS I, PRODESS II ; PRODESS III ; PDSC au niveau des cercles et communes.
[45] Sauf sur une très courte période en 1990 (suppression des Directions de la Planification suite à une instruction générale touchant tous les départements ministériels).

la Direction Nationale de la Santé (DNS) par l'Unité de Planification, de Formation et d'Information Sanitaire (UPFIS), et au niveau régional par une unité planification.

La CPS a en charge la coordination du processus de planification, la coordination de la réalisation des études, l'animation des commissions de travail du PRODESS. Elle assure le secrétariat des différentes entités de suivi du PRODESS, mais aussi l'interface avec les partenaires techniques et financiers, et enfin le système d'information sanitaire. La CPS est dite sectorielle. Couvrant trois départements ministériels (MSHP, MAHRN, MPFEF) dont l'importance stratégique et politique dans le contexte actuel n'est pas clairement établie, le champ d'activités de la CPS dépasse donc celui de la santé. Dans un tel contexte, la question de la capacité de la CPS à exercer pleinement sa mission se pose et il s'avère aujourd'hui indispensable d'envisager un audit de la CPS en vue de la renforcer.

Le Mali est l'un des rares pays à avoir institutionnalisé la fonction de planification dans une loi d'orientation sur la santé[46]. Tout le processus de planification ainsi que les mécanismes de suivi de la mise en œuvre des plans et programmes est clairement décrit dans cette loi ainsi que dans le manuel de procédure du PRODESS. Du point de vue institutionnel donc, un cadre clair pour la planification a été défini.

Le manuel de procédure du PRODESS en cours de révision par le Cabinet Dalberg, au moment de la rédaction de ce rapport, indique que le processus d'élaboration du plan est participatif (participation des représentants des services techniques des trois Ministères, des représentants de la société civile notamment la FENASCOM, des représentants des autres secteurs gouvernementaux). En outre, les mécanismes de suivi (CROCEPS et COCEPS) font appel à un large groupe de partenaires. Cette participation devait permettre d'introduire une notion nouvelle qui la distingue des procédures de planification technocratiques sans référence réelle aux besoins des différentes parties prenantes. En cela, dans le principe, l'intérêt d'une telle approche est fondé.

Des observations faites sur le terrain lors de l'évaluation, et des faits rapportés dans la littérature[47], indiquent que la participation de certains acteurs ou groupes d'acteurs n'est pas effective. Il en est ainsi en particulier, du secteur privé à but lucratif, absent aussi bien du processus de planification que des mécanismes de suivi. De toute évidence, en tant qu'organismes personnalisés veillant à l'éthique et aux pratiques professionnelles et à la déontologie, les ordres professionnels ne peuvent pas représenter les intérêts du secteur privé ni refléter leurs perspectives de développement. L'étude sur le secteur privé[48] a recommandé d'ouvrir les différents mécanismes de dialogue politique ainsi que les instances de planification à la participation du secteur privé. Malheureusement, jusqu'ici, cette recommandation n'a pas été suivie d'effet.

Par ailleurs, l'organisation des États Généraux de la Santé les 7, 8 et 9 avril 2015 a été une occasion de discuter les opinions des usagers[49] (clients). Mais de quelle façon les recommandations très pertinentes issues de ce forum seront-elles prises en considération ? En outre, les résultats de certaines enquêtes menées auprès des ménages[50] quant à leurs comportements en quête de soins, ne semblent pas suffisamment exploités dans le processus de planification.

Sur des questions aussi importantes que le choix des cibles de la prévalence contraceptive à réaliser pour le pays, le point de vue des ONG n'a pas été considéré par les pouvoirs publics. Ce fait a été

---

[46] Loi n°2-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé.
[47] Cabinet Dalberg, 2015, Revue du manuel de procédures du PDSS Rapport 1- État des lieux, Aout, pp26-27.
[48] BCG, 2010, Étude sur le secteur privé au Mali, 103p.
[49] MSHP-SG-Comité National d'orientation des États généraux de la santé, 2015, Recommandations du colloque national des États Généraux de la santé « l'accès équitable aux soins de qualité pour tous et de la promotion du droit des usagers », Bamako, avril.
[50] 10 50 Institut national de statistiques, 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP). Rapport d'analyse 2e pas sage. Accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consom-mation des ménages, novembre, 65p.

jugé comme une volonté de ne pas ouvrir aux groupes de la société civile le champ de certaines décisions jusque-là prises par les seuls services techniques du MSHP bien que la collaboration avec les ONG est jugée bonne (entretiens menés lors de l'évaluation en novembre 2015).

Des avis recueillis pendant l'évaluation soulignent également que la représentation des ASACO par la FENASCOM dans le dialogue politique national souffre d'un problème de confiance (effet d'usure de longs mandats sans alternance ? positionnement peu clair pour la base) (voir Encadré 2).

Encadré 2 : Les ASACO : Une expérience de prise en charge par les communautés des problèmes de santé

La déclaration d'Alma Ata, faisait référence à la participation communautaire comme élément central de la stratégie des SSP. Plusieurs décennies durant, les pays en développement qui ont choisi de fonder le développement de leur système de santé sur les SSP ont multiplié les recherches, les réflexions dexperts en santé publique et les projets pilotes sur les options de participation compatibles avec leur contexte. A la faveur de l'Initiative de Bamako, tirant les premiers enseignements d'une expérience réussie en 1989 dans un quartier populaire de Bamako, les autorités maliennes, dans le cadre de la préparation du second PSPHR, ont choisi de faire de l'ASACO et des CSCom, le modèle central pour léxtension de la couverture sanitaire au Mali. Légitimées par la Politique sectorielle de santé et population du Mali adoptée en 1990, et disposant d'un cadre structurel défini par la loi d'orientation sur la santé adoptée en 2002, la mise en place des ASACO et la création des CSCom ont permis d'élargir la base de la pyramide sanitaire du Mali en organisant l'offre de services de premier contact dans un rayon de 5 km des lieux où résident les populations. En 2015, le Mali compte 1204 CSCom (doublement en dix ans) ; 315 CSCom ont été médicalisés ; 6 ont été érigés en CSCOM-Universitaires. Ces derniers accueillent les stagiaires des formations publiques médicales et paramédicales (www.projetdeclic.org/asaco-cscom-u.html).

La politique de décentralisation adoptée en 1993 par le Mali transfère les compétences en matière de santé aux collectivités locales (certaines prérogatives de l'État vis-à-vis des CSCom et des CSRéf leur ont ainsi été transférées). Un cadre clair de partenariat et de collaboration assorti d'une ***convention d'assistance mutuelle et d'un comité paritaire*** a été défini. Ces nouvelles conditions sont diversement accueillies par les autorités communales, l'administration publique, et les ASACO. Les efforts actuels des autorités sanitaires visent à optimiser ce nouveau partenariat, à atténuer les conflits et les mauvaises interprétations, et à bâtir un nouvel esprit coopératif.

Le CSCom est une formation sanitaire de premier niveau créée sur base de léngagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO (l'article 2 du décret N°05-299/PRM du 28 juin 2005). Il a pour vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population, et la fourniture du PMA.

Seules les associations déclarées et ayant pour objet le développement de la santé communautaires dénommées « ***associations de santé communautaires*** peuvent créer et faire fonctionner les CSCom » avec l'autorisation de l'autorité communale.

La convention d'assistance mutuelle (CAM) définit les engagements réciproques de la commune et de l'ASACO (allocations de subventions, contributions de la commune à la prise en charge de certains agents du CSCom ; dotation en médicaments essentiels ; équipements et moyens logistiques ; financement des travaux de construction ; suivi et le contrôle de la gestion du CSCOM ; concours de l'ASACO dans la mise en œuvre du plan communal). Elle fixe les modalités de collaboration entre les CSCOM et avec les CSRéf du cercle ou de la commune. En 2015, 95% des ASACO avaient signé la CAM avec leur commune.

Le Comité Paritaire est constitué de 5 représentants de la mairie et de 5 représentants de l'ASACO. Il est chargé du suivi et de la mise en œuvre de la CAM.

Au fil des années, **les ASACO se sont groupées en faitière par niveau de découpage administratif**. Ces faitières structurées du niveau local jusqu'au niveau national (**ASACO, FELASCOM, FERASCOM, FENASCOM**) jouent le rôle d'interfaces administratives entre l'État, les collectivités, et les communautés, en devenant ainsi un puissant moyen de défense des intérêts de leurs adhérents.

Des dysfonctionnements sont observés en termes de gouvernance :

- Manque de représentation des femmes dans les instances des ASACO (en 2015 : moins de 2% des ASACO sont présidées par des femmes -objectif de 30% à l'horizon 2018-PRODESSIII ; environ 30% des ASACO ont des femmes comme membres des conseils de gestion) ;
- Irrégularité des renouvellements des bureaux des ASACO, FELASCOM ; FERASCOM et FENASCOM ;
- Irrégularité des réunions des organes de gestion des CSCom ;
- Difficultés dans l'interprétation des textes et la mise en œuvre de la CAM malgré la signature de celle-ci par près de 96 % des ASACO ;
- Opacité des critères de choix des membres des comités de gestion (phénomène de « notabilisation »[12]) ;
- Le bénévolat des membres des ASACO constitue un élément de débat non encore tranché.

Quelques repères pour les ASACO : déclaration de politique générale de la FENASCOM corrigée en 2013 ; Statuts et règlements intérieurs modèles élaborés en 2013 ; La CAM ; Statut de la FENASCOM corrigé en 2013.

Données sur la viabilité financière des CSCom : 1% des CSCom ruraux équilibrent leurs comptes sans subvention ; 36% des CSCom ruraux sont déficitaires sans subvention ; 16% des CSCom urbains équilibrent leurs comptes ; 31% des CSCom urbains sont déficitaires sans subvention ; 16% des CSCom dont la population est trop faible ; grande dépendance des subventions des fonds de l'État (PPTE).

Ressources humaines : multiplication de personnels appartenant à différents statuts et plusieurs lignes hiérarchiques compromettant l'autorité des ASACO sur les chefs de centres (1 personnel sur 2 des CSCOM n'est pas embauché par l'ASACO)

Perspectives : renforcer la qualité des prestations (conditions pour une offre optimale de SONUB) ; médicaliser les CSCom ; Rééquiper les premiers CSCom créés lors du premier projet de la Banque mondiale ; améliorer la gouvernance des ASACO et des faitières par un véritable exercice démocratique d'alternance.

Réglementation : décret N°5-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes de fonctionnement des centres de santé communautaires ; décret N°2013-711/P-RM du 2 septembre 2013 portant modification du décret N°5-299/PRM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCom.

Source : *Équipe d'évaluation, 2015 à partir des documents 1- MSHP-SG-Comité National d'orientation des États généraux de la santé, 2015, Recommandations du colloque national des États Généraux de la santé « L'accès équitable aux soins de qualité pour tous et de la promotion du droit des usagers ». Bamako. avril ; 2- Projet DECLIC : centres de santé communautaires universitaires ; 3- Ministère de la Santé, 2005, Cadre Conceptuel de l'Organisation du Système de Référence/Évacuation au Mali.*

De l'avis des acteurs et des PTF, le suivi de la mise en œuvre du PRODESS par le comité de pilotage et le comité technique est bien structuré et codifié. Cependant pour nombre d'acteurs, la préparation de ces réunions souffre d'une précipitation, et le temps consacré aux débats semble être très court pour en garantir la qualité et la profondeur attendues.

Le suivi des Plan d'Opérationnalisation (PO) au niveau local se fait régulièrement, mais les recommandations qui en résultent se mettent en œuvre très lentement. Ces lenteurs sont dues aux dysfonctionnements qui affectent les comités paritaires (non tenue régulière des réunions, conflits entre maires et bureaux des ASACO autour des questions de préséance et d'interprétation des textes) mais aussi au non-respect des engagements par les mairies de l'application de la convention d'assistance mutuelle (voir encadré 2).

b. Législation et réglementation

Une des attributions régaliennes de l'État est la fixation des règles du jeu, et le suivi de l'application de celles-ci par toutes les institutions et tous les acteurs.

Le Mali a développé un cadre juridique et règlementaire en matière de santé. En théorie, ce cadre permet le bon exercice de la plupart des différentes fonctions du système de santé. Au nombre des textes législatifs, la loi N°2-049 du 22 juillet 2002 portant Loi d'Orientation sur la santé est l'une des plus importantes pour le système de santé. Parmi tant d'autres, la loi N°2-048 créant une nouvelle catégorie d'établissements publics dénommés « Établissements Hospitaliers » ; la loi N°85-41 portant sur l'exercice des professions libérales ; les textes sur la gratuité ; les lois portant sur la décentralisation et le transfert aux collectivités ; les lois portant sur l'hygiène publique et l'assainissement, structurent le système de santé du pays. Un recueil de textes[51] a été constitué et mis à la disposition des acteurs du système de santé.

Si la Loi d'Orientation sur la santé a permis de légitimer et de concrétiser le contenu de la politique sectorielle de santé et population de 1990, il faut cependant noter que de nouveaux enjeux sont apparus autour de l'évolution du concept de système de santé etde la décentralisation. Les implications de ces enjeux portent sur le transfert de compétences en matière de santé et d'éducation au profit des collectivités locales. Elles portent également sur la croissance rapide du secteur privé à but lucratif, de la complexification des pratiques professionnelles en santé, de la couverture sanitaire universelle, de la prise en charge des questions relatives à l'hygiène publique et à l'assainissement, du partage des responsabilités avec d'autres ministères. Ces nouveaux enjeux font qu'une relecture de la politique sectorielle de santé et population (établie en 1990 et revue en 1995) devient une nécessité.

c. Décentralisation versus déconcentration

Parmi les nombreux textes qui orientent la décentralisation, le Mali compte : la loi N°93-008 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales, modifiée par la loi N°96-056 du 16 octobre 1996 ; la loi N°2012-007 du 7 février 2012 portant code des collectivités territoriales ; et les décrets N°96-084/P-RM du 20 mars 1996 déterminant les conditions et les modalités de mise à disposition des collectivités territoriales des services déconcentrés de l'État.

Au Mali, le Ministère de la Santé est souvent signalé comme un précurseur dans la mise en œuvre de la décentralisation. Le modèle du district sanitaire (suivant le modèle de développement sanitaire en trois phases - Lusaka, OMS 86) a été formalisé en 1990 dans l'énoncé de la politique sectorielle de santé qui a également promu la participation et la responsabilisation des communautés dans la gestion des centres de santé locaux par les ASACO avec un transfert de responsabilités des services publics de santé à ces ASACO.

Depuis l'avènement de la décentralisation, ce dispositif a été complété par un transfert de responsabilités des services locaux de cercle, de commune et de région aux collectivités locales. Ce transfert, qui devait rapprocher les fonctions naguère exercées par l'État, les populations, et notamment les ASACO, a été diversement interprété et a entrainé des situations de conflits et d'antagonismes. La création de la Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD) a permis de mener un travail de qualité en développant, avec l'appui des PTF, des outils pédagogiques (guides ; manuels de gestion)[52,53]. Leur utilisation au cours des séminaires de formation

[51] MSHP, MAHSP, 2014, Recueil de textes législatifs et règlementaires sur la santé et le développement social dans le contexte de la décentralisation. Réédition décembre, 548p.
[52] Ballo M.B., Koné B., Traoré B., Camara I., Dao D., Lodenstein E., 2012, Manuel de facilitation de la mise en œuvre de la décen-tralisation en matière de santé au Mali Tome I et Tome II, novembre.
[53] MSHP/CADD, 2012, Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé Tome I - CSCOM) ; Tome II - CSRéf ou hôpital de district, novembre.

des cadres a permis d'atténuer les incompréhensions et les malentendus. L'apport positif de ces outils a été noté au cours des entretiens réalisés dans le cadre de cette évaluation. Il est toutefois relevé un besoin réel de passer à échelle ce programme de renforcement des capacités en ciblant une masse critique d'autorités préfectorales, d'élus et de fonctionnaires des collectivités locales (maires et conseillers), de membres des ASACO, des conseils de gestion des CSRéf, et enfin des conseils d'administration des hôpitaux régionaux.

Parmi les questions méritant une attention, est relevée la lenteur de la mise à disposition des subventions de l'État par l'intermédiaire des communes. Cette lenteur est amplifiée par les dysfonctionnements des comités paritaires et les résistances à appliquer les termes de la convention d'assistance mutuelle. À l'analyse, ces dysfonctionnements ne sont pas irréversibles et ils suggèrent l'institutionnalisation d'une supervision formative continue par les Directions Régionales de la Santé (DRS) et la CADD avec une prise de décision en temps réel. Ceci nécessite un renforcement de la CADD en moyens humains et logistiques et la définition d'un mandat clair pour les DRS.

Le transfert de compétences est un processus humain continu basé sur le principe du « learning by doing ». Les erreurs et dysfonctionnements doivent donc être considérés comme les témoins de solutions et d'adaptations régulières. Le système de santé doit se doter pour cela des moyens effectifs pour accompagner un tel processus.

d. Coordination des partenaires et des acteurs

La coordination des acteurs et des partenaires constitue un élément important dans l'exercice du leadership des autorités publiques en charge du système de santé.

Une Stratégie Commune d'Assistance Pays (SCAP 2008-2011) a été formulée pour le Mali. Celle-ci a servi de cadre de référence pour l'appui des partenaires au pays en ce qui concerne :

- l'appui budgétaire global ;
- l'appui budgétaire sectoriel ;
- les procédures Aides Projets et Programmes classiques avec des transferts de fonds par les cinq
- agences onusiennes (OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP, PAM) ;
- l'assistance technique.

Cette stratégie est arrivée à son terme fin 2011. Bien qu'une note conceptuelle ait circulé en 2012, du fait des événements survenus dans le pays à cette période, la SCAP II n'a pas été élaborée. En soi cela pouvait être considéré comme étant un signe annonciateur du désengagement des partenaires.

Malgré la non-élaboration de la SCAP II, le Ministère de la Santé a continué à entretenir une coopération avec de nombreux PTF. Toutefois, en 2015, seul un partenaire s'inscrit encore dans l'aide budgétaire sectoriel (ABS) et globalement le volume des financements extérieurs a baissé (voir module 4.2 Financement de la santé). De nombreux projets exécutés au cours de cette période l'ont été au niveau local par l'intermédiaire des ONG. Concomitamment, la coordination de l'aide conformément à la déclaration de Paris a connu un affaiblissement. En 2009, le Mali a signé un COMPACT avec l'objectif d'accroitre les efforts et les ressources pour l'atteinte des OMD, notamment ceux pour la santé. Ce COMPACT a été signé avant l'adoption du PRODESS III, et dans une large mesure ne prend donc pas en compte certains des objectifs énoncés par celui-ci. Aujourd'hui, peu d'intérêt semble être accordé à ce COMPACT. En outre, les collectivités locales, en tant que partenaires, n'ont pas été associées à sa formulation.

De nombreux projets de coopération dans le secteur de la santé, initiés par les services techniques du MSHP ou par les partenaires, ne sont ni passés par le secrétariat en charge de l'harmonisation de l'aide ni recensés par la CPS. Aucune base de données fiable n'est actuellement donc disponible et aucun point précis ne peut donc être établi avec certitude sur les projets en cours d'exécution. Lors

des entretiens menés avec les acteurs du système de santé, il n'a pas été possible d'établir l'existence formelle d'une base de données actualisée relatives aux ONG et aux organisations de la société civile tenue au sein du Ministère de la Santé. Il est par conséquent difficile d'estimer l'importance réelle de la contribution des ONG et des organisations de la société civile en termes d'apports financiers et techniques. Il est également impossible d'établir une cartographie fiable de leurs interventions alors que ces éléments auraient aidé à optimiser les apports de ces groupes dynamiques dans le secteur de la santé.

De même, un affaiblissement de la coordination des PTF est observé. Il semble concomitant à la suspension de leur coopération et de leurs financements avec le Mali suite au coup d'État militaire de 2012. De l'avis des partenaires interrogés pendant l'évaluation, cette coordination avec le MSHP n'est jusqu'ici pas satisfaisante. Pour autant, malgré une réelle attente de leur part, surtout au cours de cette période de post-crise qui suit la signature des accords de paix, aucune volonté ne semble s'affirmer pour l'amélioration du leadership du Ministère de la Santé dans cette coordination.

Quant aux acteurs du secteur privé à but lucratif, ils tentent de se coordonner entre eux alors que le Ministère de la Santé n'a jusqu'à présent pas instauré de plateformes de coordination avec ce secteur. De telles plateformes permettraient pourtant non seulement de les orienter par rapport aux objectifs de développement sanitaire du pays, mais aussi d'utiliser de manière optimale le grand potentiel dont ce secteur dispose pour les actions de santé publique.

Les usagers des services de santé deviennent des groupes qui revendiquent de plus en plus de droits (en termes de qualité d'accueil et de prise en charge, mais aussi d'accessibilité financière aux services). Cette quête a conduit dans un certain nombre de pays à la formulation notamment de chartes de malades dans les services hospitaliers, et d'un centrage des soins sur le patient car ces derniers deviennent des partenaires dont les besoins doivent être pris de plus en plus en considération. Le niveau d'organisation des patients du système de santé au Mali est encore très faible, mais les plaintes notées sont en nombre croissant ce qui augure d'une montée en puissance du poids de ces acteurs dans un proche avenir dans les décisions stratégiques en matière de santé. L'Association des Consommateurs du Mali (ASCOMA) qui est une association de consommateurs à vocation générale, est déjà membre des Conseils d'Administration de certains hôpitaux. Les associations de personnes vivant avec le VIH, plus orientées sur des activités spécifiques liées au VIH/Sida, existent aussi et s'impliquent dans la lutte contre les discriminations, la stigmatisation et l'accès au traitement et aux soins. Le Ministère de la Santé a pris la mesure de l'importance de ce groupe notamment lors du forum sur la santé qui s'est tenu en 2015. Mais il n'existe pas encore de mécanismes au sein du Ministère de la Santé permettant d'anticiper leurs besoins ni de plateformes conçues pour assurer de bonnes conditions de dialogue avec eux.

e. Contrôle et inspection

Le contrôle et l'inspection sont des fonctions importantes de gouvernance du système de santé en raison de la nature spécifique de leurs activités. Elles ont pour mission de veiller à l'application des normes règlementaires et législatives existantes, des normes et standards techniques dans les pratiques professionnelles quotidiennes, de veiller à l'utilisation correcte et efficace des moyens (humains et financiers) mis à disposition pour des objectifs précis. Les missions des services mandatés à cet effet tels que le Contrôle Général de l'État, ou le Bureau du Vérificateur de la République s'exercent selon le cas sur toutes les structures et institutions publiques, privées lucratives ou non et collaborent avec l'Inspection Générale de la Santé (IGS)[54] qui exerce dans ce cadre une mission de service public sous l'autorité du Ministre de la Santé.

[54] Décret n° 01- 074 / P-RM du 12 février 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Inspection de la santé.

Les moyens limités dont dispose l'inspection constituent un handicap dans son déploiement et son efficacité. De même, la prise de décisions tardives ou inexistantes par rapport aux rapports de mission qu'elle réfère à l'autorité est de nature démotivante et conduit à perpétuer impunément des mauvaises pratiques telles que les fraudes, les pratiques professionnelles non conformes, l'utilisation abusive des moyens de l'État.

En outre, l'inspection ne dispose pas de démembrements au niveau régional et collabore donc de façon ponctuelle et non systématique avec d'autres services tels que la DNS (DESR). Enfin, des délais importants sont relevés entre la soumission des rapports d'inspection et la prise de décision et la traduction de celle-ci en sanctions effectives.

f. Reddition des comptes

C'est l'opération effectuée par un mandataire ou un administrateur par laquelle celui-ci rend compte de l'utilisation des moyens placés sous sa tutelle justifiant les interventions sur le patrimoine ou les deniers qui lui ont été confiés. Une telle opération est une exigence pour toutes les administrations. La reddition des comptes est une fonction importante dans la gouvernance qui devait être généralisée dans tous les systèmes de santé. La moralité et l'effectivité de l'utilisation des moyens sont des critères de la reddition des comptes. Le fait de ne pas l'appliquer conduit aux dérives observées en termes de gabegies, de détournements de fonds avec comme conséquence la non réalisation des objectifs poursuivis par le système de santé.

Au niveau des associations de santé communautaires, s'est instaurée une pratique de reddition de comptes sur le fonctionnement des CSCom.

Le comité de pilotage du PRODESS constitue lui aussi un forum pour exercer ce principe sur la mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé engageant les trois ministères impliqués. Toutefois, l'organisation et la durée du comité de pilotage du PRODESS ne sont pas de nature à affiner le principe de reddition des comptes ni à permettre à chaque responsable des grandes directions et institutions impliquées de rendre compte de façon effective. Il semble donc important de réfléchir à la possibilité de faire évoluer les attributions du comité de pilotage du PRODESS pour prendre en compte cette exigence.

Plus globalement, la nécessité d'instaurer un système de reddition des comptes aux agents se fait donc sentir dans chaque service, pour permettre d'accroitre non seulement la performance des services, mais aussi stimuler l'appropriation des résultats par tous, et encore accroitre la participation effective aux décisions d'amélioration de la gestion des services. Dans ce sens, les expériences de Financement Basé sur les Résultats qui reposent sur ces principes de transparence dans la gestion et sur la participation des acteurs dans l'évaluation des résultats ouvrent des pistes de réflexion (Voir Section Financement et Annexe 3).

Enfin, à l'image de l'espace d'interpellation démocratique (EDI) organisé chaque année par le médiateur de la République, une formule exclusive pour la santé pourrait être adaptée[55].

4.1.4 Conclusions

Le coup d'État survenu en 2012 sur fond de rébellion dans le Nord du pays a bouleversé les réformes sectorielles engagées par le Mali dans le domaine de la santé et impacté les différents programmes prioritaires du fait de l'interruption des financements des PTF. En outre, la coordination de ces partenaires a souffert de la période de crise, et elle ne se remet en place que très lentement.

[55] L'espace animé par le médiateur est organisé dans un laps de temps trop court (une journée) pour traiter les nombreux cas qui peuvent motiver ces échanges.

La décentralisation est devenue depuis l'avènement de la démocratie l'un des plus importants projets du gouvernement. La plupart des institutions ont été mises en place à cet effet. Le transfert de compétences aux collectivités locales est suffisamment avancé, même s'il connaît encore quelques difficultés (en particulier, le dysfonctionnement au niveau local des mécanismes de gestion paritaire et de mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle). Le processus de décentralisation entamé dans le secteur de la santé avec les Associations Communautaires (ASACO) devenant propriétaires des CSCom, et le transfert de responsabilités des CSCom et des Centres de Santé de Référence (CSRéf) naguère jouées par l'État aux collectivités locales sont aujourd'hui à l'origine de nombreux débats parmi les parties prenantes. Dans ce contexte, la Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD/ santé) joue un rôle primordial dans la formation des élus et des techniciens de la santé, dans leur sensibilisation et dans le renforcement de leur maîtrise des opérations et des procédures.

Le Mali dispose d'un arsenal de textes législatifs et réglementaires cohérents qui oriente la mise en œuvre des stratégies énoncées dans le PDDSS 2014-2023. Parmi ceux-ci, la Loi d'Orientation sur la Santé définit un cadre clair pour la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population. Alors que le pays dispose d'une solide culture et d'une longue expérience en matière de planification sanitaire, le secteur privé, qui est en pleine expansion, n'est pas suffisamment pris en compte dans le dialogue politique, la planification et les statistiques sanitaires. Il en va de même pour les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et la société civile.

Dans le contexte du Mali, pays à faibles revenus, la gouvernance financière est déterminante. Il est attendu que l'allocation efficiente des financements publics soit en adéquation avec les objectifs stratégiques de la politique de santé. Toute décision prise pouvant contribuer à accroitre, ou à diminuer, non seulement la disponibilité ou/et la qualité des services, mais aussi l'accès à ces services par la population. Le budget de l'État, les fonds mis à disposition du Mali dans le cadre des partenariats avec la communauté internationale, mais aussi les dépenses des ménages, et les financements provenant des mécanismes de protection sociale, constituent autant de financements qu'il convient de maitriser et d'allouer de façon efficiente. Les engagements pris par le Mali vis-à-vis de sa population et de la communauté internationale (déclaration d'Abuja, adhésion aux recommandations macro-économiques globales en faveur d'une amélioration de la gouvernance, adhésion au principe de gestion axée sur les résultats, organisation de la couverture maladie universelle, amélioration du niveau de vie de sa population et en particulier celui des plus pauvres, etc.) visent à ce que le Gouvernement malien s'inscrive dans une dynamique d'amélioration de sa gouvernance financière afin d'accroitre ses performances programmatiques. En particulier, le Mali s'est engagé à garantir des niveaux de financements publics suffisants pour permettre un accès équitable aux services de santé de base de qualité et ce dans le but d'élargir la couverture maladie et de faciliter l'accès aux services de santé aux groupes de populations les plus vulnérables (pauvres, femmes en âge de procréer, enfants de moins de cinq ans, etc.) dont l'amélioration de la santé individuelle aura un impact important sur l'économie du pays toute entière.

Un des indicateurs d'équité et de justice sociale est donc le niveau de financement public et son évolution dans le temps. De ce point de vue, les résultats provisoires des Comptes de la Santé pour l'année 2013 montrent la persistance de la forte contribution des ménages dans la dépense totale de santé (51,6% de la DTS). En outre, les financements de l'État dans le secteur de la santé sont encore en deçà des recommandations internationales d'Abuja de 15% du budget national pour la santé.

L'allocation des ressources publiques par niveau opérationnel/régional/central constitue un second critère car elle impacte de façon plus ou moins efficiente le système de santé, et en particulier améliore l'accès et l'utilisation des soins et services de santé. Dans une perspective d'amélioration de la couverture sanitaire (géographiquement et financièrement), l'allocation prioritaire des financements vers le niveau opérationnel, principalement composé des établissements de premiers

contacts (CSCom, CSRéf), peut être considérée plus coût-efficace pour l'amélioration de l'utilisation que si elle est orientée vers les soins des niveaux régionaux et centraux de la pyramide sanitaire[56,57]. En outre, l'allocation en termes de niveaux (opérationnel/régional/central) et de zones géographiques (zone rurales/urbaines) affecte l'équité car généralement, les populations les plus riches bénéficient davantage de soins régionaux et centraux puisqu'elles vivent en zones urbaines où ces services sont davantage disponibles. De façon similaire, lorsque les investissements en infrastructures (construction de nouveaux établissements ou réhabilitation d'anciens établissements) sont orientés vers des établissements de premiers contacts se situant en zone rurale, ils peuvent être considérés significativement plus efficaces, plus efficients, et plus équitables pour améliorer l'accès aux soins et services de santé[58]. Bien que les informations permettant de retracer les financements par niveau de soins sont difficilement disponibles, l'analyse de différents documents fournit quelques indications intéressantes qui montrent que :

- Les financements des gratuités de certains services visant des groupes de populations vulnérables ou prioritaires existent mais premièrement leur traçabilité est difficile (les ressources utilisées ne sont pas toujours bien évaluées ni correctement maitrisées), deuxièmement leurs impacts sur le fonctionnement du système sont mal connus et troisièmement leur pérennité dépend en grande partie de programmes financés par l'extérieur ;
- Les critères d'allocation des financements pour les différents échelons du système de santé sont basés sur les directives du cadre de dépenses à moyen termes (CDMT) qui tentent de donner une certaine rationalité à la répartition entre les différents niveaux. Mais en pratique, l'application de ces procédures souffre de contraintes bureaucratiques et est influencée par les tensions de trésorerie dues aux problèmes conjoncturels liés à la crise de 2012 et à la gestion de la post-crise. Les critères d'allocation sont donc difficilement mis en œuvre.

La gestion financière et des flux constituent un troisième critère d'équité et de justice sociale. Les résultats de l'analyse situationnelle faite par le Cabinet Dalberg dans le cadre de la révision du manuel de procédures du PRODESS soulignent qu' « Il est impossible pour le niveau central (DFM) de faire le suivi budgétaire à temps des financements du MSHP en lien avec les activités du PRODESS » or, les financements du MSHP suivent les mêmes procédures. L'inexistence de la composante information financière et matérielle du sous-système d'information administrative et financière (SIAF) relevée par la présente évaluation corrobore ce problème. En outre, des pratiques de gestion peu transparentes et inefficientes[59,60,61] ont été notées au niveau des formations sanitaires publiques mais également au niveau de projets exécutés par certaines ONGS. Ces pratiques non seulement impactent l'accueil des patients dans les formations sanitaires en le conditionnant souvent à des paiements non autorisés, et réduisent aussi l'accès aux services. Dans le secteur de la santé, la reddition des comptes constitue une pratique non systématique alors que la bonne gouvernance est une nécessité pour le Gouvernement malien. Dans un contexte démocratique, où la transparence dans la gestion des deniers publics est une donnée cardinale, les récentes sessions des espaces d'interpellation démocratique montrent nettement l'importance accordée par les citoyens à cette question. Dans ce contexte, une inspection de la santé tente de faire son travail mais rencontre des

[56] Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, Impact of Health Systems Strengthening on Health, Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.
[57] Connor C., Averbug D., Miralles M., 2010, Angola Health System Assessment 2010, Bethesda, MD : Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, July, 132p.
[58] idem
[59] Rapport du Bureau du Vérificateur Général, 2012, chapitre portant sur les services socio-sanitaires (Secrétariat Exécutif du CNS ; Association de recherche de communication et d'accompagnement à domicile ; groupe pivot, cellule de coordination du comité de lutte contre le Sida).
[60] Fondation Frederick-Eberth, Mali-mètre, rapport 2014 et 2015 ; perception de la corruption au Mali ; la santé (57%) 4eme position après les mairies, la douane et la police ; en 2015 baisse relative de la santé (32 %)
[61] Corruption et indélicatesse dans les structures de santé : la gratuité de la césarienne remise en cause.

difficultés : faible collaboration interne avec certaines entités clés telles que la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM), la Division des Établissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR) ; lenteurs dans les suites réservées aux rapports circonstanciés soumis à l'autorité hiérarchique ; et méconnaissance du rôle de l'inspection par les acteurs, y compris le secteur privé.

Le financement de la santé constitue donc un défi pour le MSHP en termes de gouvernance financière et de reddition des comptes dans le cadre du système de santé.

4.1.5 Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

Figure 4.2.1. Forces, faiblesses, opportunités, menaces

	EQUITE	ACCES	EFFICIENCE	QUALITE	PERENNISATION
Forces et opportunités	Existence d'un cadre règlementaire protégeant les droits à la santé et notamment les plus défavorisés	La Constitution consacre le droit à la santé comme un droit fondamental du citoyen.	Existence mécanisme de suivi (CADD) qui se déploie progressivement pour rendre plus efficient le processus de transfert de compétences en santé aux collectivités locales. Mise en place de structures et d'institutions chargées de veiller à l'application des textes, la gestion des moyens. Participation effective des parties prenantes à la gestion des CSréf et des CScom	Existence d'une politique sectorielle de santé et population qui a résisté à l'usure du temps et des contingences (25 années) Existence d'un processus de planification et de programmation bien codifié Existence de mécanismes fonctionnels de suivi de la mise en œuvre du PRODESS sectoriel	Opportunités d'une relecture de la politique sectorielle santé et population en vue de prendre en compte les nouveaux enjeux et priorités actuelles de la santé Existence d'un cadre réglementaire et législatif robuste Existence d'une loi d'orientation sur la santé ; Existence d'un processus de planification et de programmation bien codifié
Faiblesses et menaces	Manque de culture de reddition des comptes. Impunité liée à la non-application des sanctions aux contrevenants.	Faiblesse de la politique de communication en direction des usagers ; Persistance des pratiques de gabegie et de spoliation des ressources sous fond de corruption (cf. Classement de Transparency international pour le Mali)	La faible animation des comités paritaires pour la mise en œuvre de la convention d'assistance mutuelle ; Difficultés dans le positionnement des parties prenantes sur le transfert de compétences en matière de santé aux collectivités Manque de généralisation des pratiques de reddition des comptes. Persistance de la corruption et des malversations	Faiblesse dans la coordination des partenaires et acteurs du système de santé Faible prise en compte du secteur privé comme partie prenante du système de santé et faible participation de ce secteur dans le dialogue politique et la planification programmation	De nouveaux enjeux non pris en compte dans la politique sectorielle et dans la loi d'orientation ; Difficultés dans le positionnement des parties prenantes sur le transfert de compétences en matière de santé aux collectivités ; Non application des directives sur le transfert de compétence aux collectivités locales

4.1.6 Recommandations

Renforcer la CADD et corriger les dysfonctionnements dans l'application de la convention d'assistance mutuelle et le fonctionnement des comités paritaires : le renforcement de la CADD devra être une priorité pour résorber les dysfonctionnements identifiés (mauvaise interprétation des directives de la décentralisation ; conflits larvés entre autorités municipales et ASACO) qui non seulement influencent la fonctionnalité de certains mécanismes tels que le contrat d'assistance mutuelle, mais aussi peuvent être préjudiciables à l'amélioration de la performance des CSCom.

Ouvrir le processus de planification et le suivi de la mise en œuvre des plans aux acteurs du secteur privé, des ONG et de la société civile :

1. en assurant la promotion d'un Partenariat Public-Privé orienté sur des objectifs mutuellement bénéfiques. L'évolution du partenariat entre le MSHP et le secteur privé, qui constitue une part entière du système de santé, doit se faire par la construction d'une confiance mutuelle et d'une collaboration responsable et respectueuse des logiques managériales des deux parties qui ne sont pas forcément incompatibles ou inconciliables. Cela devra se faire à travers la participation active des représentants du secteur privé au dialogue politique et au processus de planification/ programmation. Le contexte actuel doit nécessairement évoluer vers une confiance réciproque, une mise en synergie des moyens et une collaboration clairement énoncée pour les programmes de santé publique.
2. en prenant en considération les différentes spécificités de la société civile. À la faveur du mouvement démocratique, une société civile s'est développée au Mali sous différentes formes. Présente et active dans le secteur de la santé, elle est désireuse que ses diverses spécificités soient prises en compte (pas seulement à travers les ASACO, leurs regroupements régionaux et national, comme c'est le cas actuellement). La place des ASACO, des FERASCOM et de la FENASCOM dans le débat de politique sanitaire et dans la mise en œuvre des activités de santé occultent les autres entités de la société civile (ONG, autres associations et regroupements d'associations) qui ont des caractéristiques, des opinions, des moyens d'actions différents et qui, de plus en plus actives sur le terrain, souhaitent voir leurs opinions prises en considération.

Améliorer la redevabilité des financements et la bonne gouvernance :

- En suivant les recommandations faites dans le cadre de la révision du manuel de procédures du PRODESS qui s'appliquent au MSHP ;
- En donnant suite aux rapports de l'inspection ;
- En mettant en œuvre les mesures opérationnelles répondants aux accords internationaux auxquels le Gouvernement malien s'est engagé (contractualisation, gestion axée sur les résultats, etc.).

4.2 Financement de la santé

4.2.1 Objectifs de la politique de financement de la santé

Pour la période 2014-2018, dans le cadre du financement de la santé, l'objectif stratégique 9 du PRODESS III stipule de « Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficients. »

Dans ce sens, trois des cinq résultats stratégiques attendus interpellent le MSHP :

1. Une mobilisation des ressources financières plus importante et une allocation tenant compte des disparités ;
2. Une amélioration de la gestion financière du secteur (Santé) ;
3. Une augmentation de la couverture des populations par les systèmes de protection sociale.

En lien avec ces résultats attendus, les quatre axes stratégiques suivants ont été définis dans le document de « politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023 », élaboré en 2013. Il s'agit de :

1. Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle ;
2. Garantir une meilleure allocation des ressources ;
3. Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet ;
4. Améliorer la gouvernance financière.

La politique de financement se donne comme objectif de dessiner la voie de l'accès à des soins de qualité indépendamment des capacités financières des patients, pour l'ensemble de la population du Mali, selon ses besoins, et en la protégeant du risque maladie.

Tableau 4.2.1 Indicateurs du financement de la santé Mali 2015

Indicateurs du financement de la santé Mali 2015	2004	2013
Dépense Totale de Santé – DTS (en milliards de Fcfa)	165	359
DTS/hab. (en $US)	13 600 ($US 27,2)	21 369 ($US 42,7)[62]
Dépenses courantes de santé (DCS) en % de la DTS		94,5
Contribution de l'administration publique à la DTS (en %)		11,7
Contribution des ménages à la DTS (en %)		51,6
Part des paiements directs des ménages en % de leur contribution (mesure le « risk pooling »)	99,4	98,7
Contribution des bailleurs à la DTS (en %)	14	26,4
DTS en % du PNB/PIB	6,3	6,6

Sources : CPS, 2015, Comptes de la Santé du Mali – Edition 2013, version provisoire, 89p. ; MS, IRNSP, Mars 2015 ; Les Comptes Nationaux de la Santé du Mali 1999 – 2004, 96p.

4.2.2 Mobilisation des ressources : Qui finance la santé ?

Selon les CNS, en 2013, les dépenses totales de santé (DTS) représentaient 359 milliards de Fcfa, soit une augmentation (en francs courants) de 117 % depuis 2004 qui a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27$US à 42$US sur la période.

Les financements sont mobilisés par des sources internes ou externes : 73,6 % des DTS provenaient de sources nationales (ressources internes), et 26,4 % du reste du monde (ressources externes).

a. Financement interne

Trois principales sources de financement internes se distinguent généralement : les ménages, l'État, et les employeurs et organismes tiers payant.

Financement des Ménages

Les ménages constituant la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et parce que 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de versements directs, les risques de dépenses catastrophiques de santé sont majeurs. Ces paiements directs continuent donc à constituer pour les groupes de populations vulnérables (femmes en âge de procréer, enfants de moins de 5 ans, adolescents, personnes âgées, indigents, populations rurales, etc.) des barrières d'accès aux soins.

Financement de l'État

Malgré l'importance des ressources internes dans les dépenses totales de santé (73,6%), principalement due aux efforts des ménages (51,6%), selon le document provisoire des Comptes de la Santé du Mali de 2013, la part du financement de l'administration publique dans le secteur de la santé représentait 11,7 % des dépenses totales de santé.

En particulier, au cours de la période 2004-2015, la part du budget de l'État allouée à la santé, tous Ministères confondus, a diminué de plus de 13 %, passant de 6,80 % à 5,9 %. Sur la même période, la part attribuée au Ministère en charge de la santé a diminué de plus de 44 %, passant de 76,6 % en 2004 à 42,4 % en 2015, faisant ainsi passer la part du budget du Ministère en charge de la santé dans le budget de l'État de 5,2 % à 2,5 % (Tableau 4.2.1). Si la baisse est remarquable pour le MSHP, elle l'est beaucoup moins pour le secteur de la santé mais démontre toutefois la non-atteinte de la cible de 15 % (Abudja) que l'État souhaite atteindre.

Entre 2011 et 2012, avec la crise, les financements dans le secteur de la santé et les financements du MSHP ont diminué respectivement de 43 % et de 68 % (Figure 4.2.1). En revanche, entre 2013 et 2014, la part des dépenses publiques dans le secteur de la santé passait respectivement de 14,2 % à 35,6 %. Sur la base des prévisions budgétaires, le niveau de financement de la santé de 2011 ne sera dépassé qu'en 2015. Dans les conditions actuelles, l'effort de financement du secteur de la santé par l'État est louable mais une grande partie est allouée en dehors du MSHP (48% en 2015 et 2016 selon les prévisions budgétaires)[63].

Tableau 4.2.2 Part du budget de l'État alloué à la santé, Part du Ministère de la Santé dans le budget alloué à la santé et Part du budget de l'État alloué au Ministère de la Santé

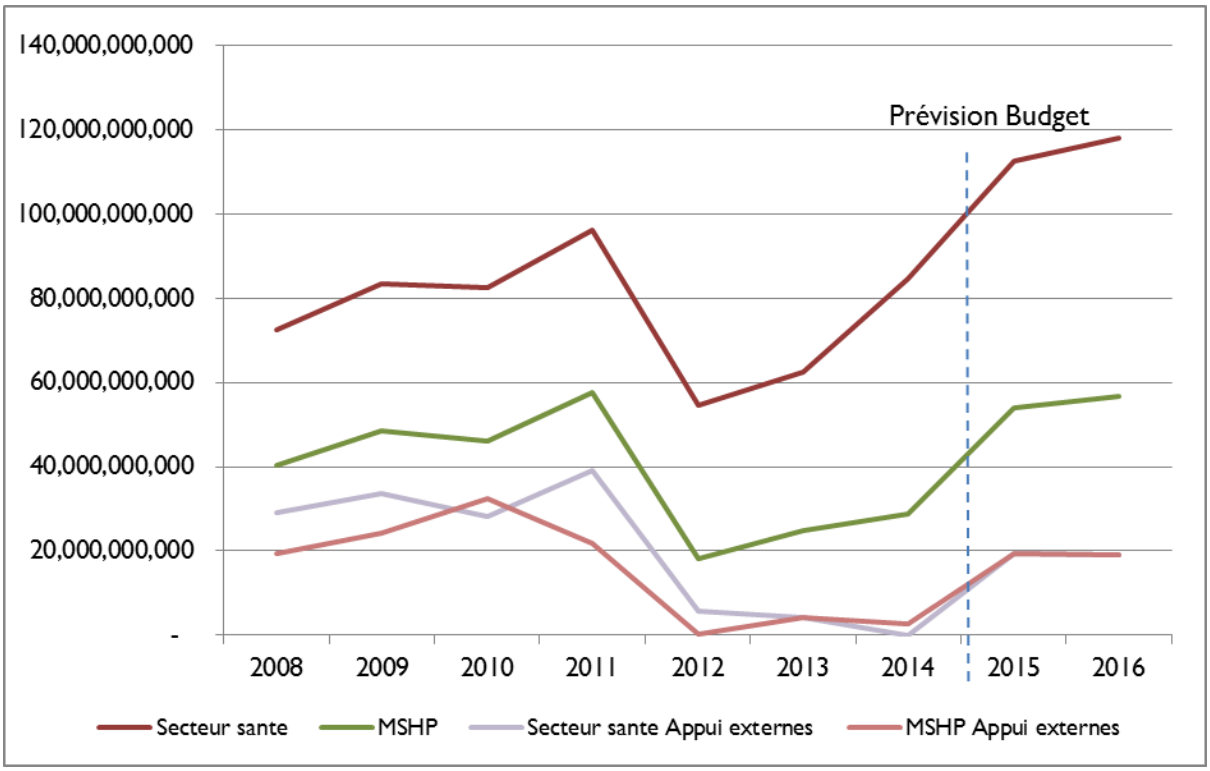
Années	Part du budget de l'État allouée à la santé[14] (en	Part du Ministère de la santé dans le budget[15] de l'État alloué	Part du budget allouée au Ministère de la Santé dans budget de l'État (en %)
2004	6,8	76,6	5,2
2005	6,7	74,1	5,0
2006	7,8	68,5	5,3
2007	6,6	51,4	3,4
2008	7,5	56,5	4,2
2009	7,8	59,1	4,6
2010	7,6	59,8	4,5
2011	8,4	62,4	5,3
2012	7,4	39,8	2,9
2013	5,7	41,7	2,4

[63] DBG 2014 provisoires 2015-2016

Années	Part du budget de l'État allouée à la santé[14] (en	Part du Ministère de la santé dans le budget[15] de l'État alloué	Part du budget allouée au Ministère de la Santé dans budget de l'État (en %)
2014	6,8	47,1	3,2
2015	5,9	42,4	2,5

Sources : CPS, 2015, Comptes de la Santé du Mali – Edition 2015, Mars, version provisoire, 89p ; Données collectées par l'équipe d'évaluation auprès de la DFM.

Figure 4.2.2 Dépenses publiques de santé 2008 - 2016



Source : Données DGB, analyse équipe HSA Secteur santé (dépenses publiques de santé pour tous les ministères).

Financement des employeurs et tiers payant

Le financement des employeurs et/ou des entreprises se fait par le biais des cotisations sociales patronales, des remboursements des soins par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), de la cotisation des employeurs à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). D'après les CS 2013, les paiements ou remboursements sont estimés à 1 312 453 878 Fcfa (soit 0,36 % de la DTS). La cotisation des employeurs à l'AMO était de 2 929 504 550 Fcfa (soit 0,81 % de la DTS)[64] Ces montants reflètent la part très modeste du secteur privé formel (hors ménages) dans la DTS du Mali.

b. Les financements extérieurs

Si la part des financements internes dans la dépense totale de santé est très importante par rapport à celle provenant de l'extérieur (73,6 % versus 26,4 %), le fait que la part provenant de l'administration publique ne soit que de 11,7 % et que celle des ménages soit de 51,6 % fait jouer un rôle important aux financements provenant du reste du monde et donc aux partenaires techniques et financiers. De 2005 à

[64] Rapport Provisoire CS 2013, pages 33

2009, la moyenne du financement des partenaires était de 24,4 %[65]. Pour la même période, la moyenne de l'appui budgétaire était de 7,3 % des dépenses de santé[66].

La crise de 2012 a montré de quelle façon le ralentissement, voire les suspensions, dans les financements extérieurs, ont impacté la mise en œuvre des activités sous de nombreux aspects (voir Section 4.3 sur les Ressources Humaines par exemple). À court terme, la crise de 2012 s'est traduite par un retrait des partenaires techniques et financiers et par une diminution nette de leurs financements. La part du financement externe destinée au MSHP est alors passée de 38 % en 2011 à 9% en 2014[67]. Plus globalement, l'appui budgétaire direct au secteur de la santé a enregistré une forte baisse passant en moyenne de 19,5 % de 2009 à 2011, à 8,8 % entre 2012 à 2014. En outre, alors que l'ABS dans le passé mettait des financements directement à la disposition du niveau opérationnel qui les utilisait pour financer des activités comme la supervision et la planification, la diminution de cet appui a eu aussi pour conséquence directe d'impacter la capacité des niveaux opérationnels à fonctionner correctement.

La coordination des financements des parties prenantes déjà mentionnée dans le passé[68] comme devant être renforcée, devient par conséquent d'une importance déterminante dans un contexte de réduction des financements extérieurs. La situation actuelle démontre de façon encore plus cruciale, l'importance à ce que l'information soit partagée et contrôlée par la partie nationale.

4.2.3 Allocation des ressources, achats des services et mécanismes visant à améliorer l'allocation des ressources (gratuités, mutualisation des risques maladie, FBR)

a. Allocation des ressources et achats des services

En principe la façon dont les ressources de santé sont allouées a un impact direct sur l'accès, l'équité, et l'efficience. L'allocation des ressources publiques par niveau opérationnel/régional/central impacte de façon plus ou moins efficiente le système de santé, et en particulier améliore l'accès et l'utilisation des soins et services de santé. En effet, dans une perspective d'amélioration géographique et financière de la couverture sanitaire, l'allocation prioritaire des financements vers le niveau opérationnel, principalement composé des établissements de premiers contacts (CSCom, CSRéf), peut être considérée plus coût-efficace pour l'amélioration de l'utilisation que si elle est orientée vers les soins des niveaux régionaux et centraux de la pyramide sanitaire[69,70].

En outre, l'allocation par échelon (opérationnel/régional/central) et géographique (zone rurales/ urbaines) affecte l'équité car généralement, les populations les plus riches bénéficient davantage de soins régionaux et centraux puisqu'elles vivent en zones urbaines où ces services sont davantage disponibles.

Il est à noter que, lorsque les investissements en infrastructures (construction de nouveaux établissements ou réhabilitation d'anciens établissements) sont orientés vers des établissements de premiers contacts se situant en zone rurale, ils peuvent être considérés significativement plus efficaces, plus efficients, et plus équitables pour améliorer l'accès aux soins et services de santé[71].

---

[65] Données DGB, analyse équipe d'évaluation
[66] DFM ; Évaluation des opérations d'AB au Mali, Volume III, Tableau 48, cité dans l'évaluation du PRODESS II, page 44
[67] Données DGB, analyse équipe d'évaluation
[68] Evaluation du PRODESS II
[69] Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, Impact of Health Systems Strengthening on Health, Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.
[70] Connor C., Averbug D., Miralles M. 2010, Angola Health System Assessment 2010, Bethesda, MD : Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, July, 132p.
[71] Connor C., Averbug D., Miralles M. 2010. Angola Health System Assessment 2010, Bethesda, MD : Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, July, 132p.

Que peut-on alors dire de l'allocation des ressources au Mali ces dernières années ? Permet-elle de répondre aux objectifs politiques visant à tenir compte des disparités et à améliorer l'aide sociale ?

Les informations permettant de retracer les financements par niveau de soins sont difficilement disponibles. Toutefois, l'analyse de différents documents (Évaluation du PDDSS 1998-2007 ; Comptes de la Santé du Mali de 2013) fournit quelques indications intéressantes. Ainsi :

- En 2009, selon l'évaluation du PDDSS 1998-2007, l'essentiel du financement octroyé au MSHP avait bénéficié au niveau central (71,4 %). Au cours de cette même période, le niveau régional, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'avait obtenu que 29 % du financement, soit à peu près la moitié du montant prévu. Quant aux collectivités et communautés qui participent essentiellement au financement des centres de santé communautaires, elles n'avaient contribué en 2009 qu'à hauteur de 1 % du financement du PRODESS ;
- Selon la Direction des Finances et du Matériel (DFM), en 2013, 67 % des ressources du Ministère de la Santé étaient allouées dans le cadre du PRODESS au niveau central ; 33 % aux régions ; – Selon, les CS 2013 :
    - L'État (à travers l'administration publique et ses contributions à l'assurance obligatoire en tant qu'employeur), les assurances privées, et les ménages à travers les paiements directs, avaient respectivement alloué 32,8 %, 9,9 % et 45,8 % de leurs dépenses aux prestataires de soins hospitaliers (tous hôpitaux confondus) plutôt favorables aux populations urbaines situées au niveau central et régional ;
    - L'État (à travers l'administration publique et ses contributions à l'assurance obligatoire en tant qu'employeur) avait affecté 21,7 % des dépenses qu'il gérait à la gouvernance, l'administration du système de santé et des financements relevant donc du niveau central ;
    - Le district de Bamako est le premier bénéficiaire des financements, suggérant qu'une part importante des dépenses soient donc effectuées en zone urbaine ;
    - Sachant que les RHS qualifiées sont concentrées dans les zones urbaines, et que la part des rémunérations des employés représente 32,8 % de la DTS, ces dépenses bénéficieraient davantage aux populations les plus aisées vivant dans ces zones.
- En outre, toujours selon les CS 2013 :
    - Les services de préventions représentaient 19,1 % des dépenses totales de santé. Ces services sont généralement considérés comme étant à haut impact ;
    - Le paludisme représente 32,9 % des dépenses courantes de santé et 54,7 % des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;
    - La santé de la reproduction représente 6,1 % des dépenses courantes de santé ;
    - La dépense d'investissement était de 19,694 milliards de Fcfa (5,5 % de la DTS) et principalement destinée aux constructions (42,3 %). Malgré l'absence d'informations factuelles précisant que ces investissements ont servi à la création de CSCom, il est probable que ce soit le cas étant donné le nombre d'ouvertures de CSCom ces dernières années ;
    - Les médicaments sont de loin le poste le plus important de la dépense courante de santé (53,9%).

Comme les chiffres précédents le montrent, une partie des dépenses a été allouée à des services à haut impact (mise en œuvre des programmes prioritaires de lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et le péril hydrique, ou en faveur de la santé de la reproduction, etc.), plus équitables car principalement en faveur des populations rurales, des femmes en âge de procréer, et des enfants de moins de 5 ans, et ayant a priori une plus grande efficacité sur le système (construction et fonctionnement de CSCom). Toutefois, ces chiffres soulignent surtout qu'une large partie des financements est allouée à des niveaux de soins et pour des zones géographiques qui n'auront qu'un impact limité sur la couverture, l'utilisation des services, l'équité, efficience (services hospitaliers, district de Bamako, niveau central).

c. Mécanismes visant à améliorer l'allocation des ressources

Les gratuités ciblées

Les gratuités ciblées ont été mises en place au coup par coup. Elles répondent aux urgences et opportunités de financement mais surtout à une volonté politique de rendre plus équitable et plus efficient l'accès aux soins et services de santé des groupes de populations vulnérables ciblés (femmes en âge de procréer, enfants de moins de 5 ans, indigents, populations rurales). En plus, elles répondent aux besoins de groupes de patients atteints par des maladies pour lesquelles une action publique engendre un bénéfice social plus important pour l'ensemble de la population que si seules des actions individuelles avaient été entreprises (voir encadré 3). Leur financement est assuré par le budget national et différents partenaires (voir Tableau 4.2 3).

Tableau 4.2.3 Partenaires techniques et financiers intervenant dans le financement des gratuités

Maladies concernées	Sources de financement
Paludisme	Budget National, Fonds mondial, President's Malaria Initiative (PMI)
VIH/SIDA	Budget National, Fonds mondial ; Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement.
Césarienne	Budget National
Fistules	UNFPA, IAMANEH Suisse, IAMANEH Mali, INNERWHEEL, Rotary Club, Lions Club, Bank of Africa, Banque Régionale de Solidarité
Tuberculose	Budget National, Fonds mondial, OMS (STP TB partnership)

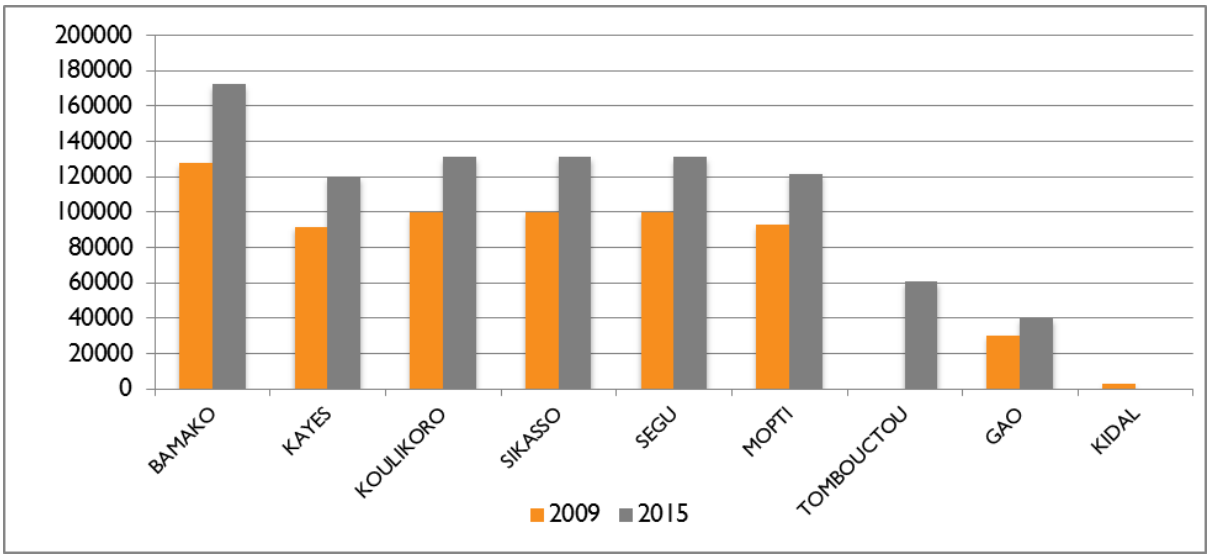
Source : Coalition des alternatives africaines dettes et développement (CAD)

Les ressources utilisées pour mettre en œuvre ces gratuités ne sont pas toujours ni bien évaluées ni correctement maitrisées[72] et leurs impacts sur le fonctionnement du système sont mal connus. Quelques effets pourraient toutefois leur être attribués :

- Pour le paludisme, une hausse de 30 % des consultations a été notée ;
- Pour la prise en charge de la césarienne, ont été enregistrées : 1- une augmentation du nombre de césariennes entre 2005 et 2008 (passant respectivement de 0,98 % à 2,17 %) ; 2- une amélioration de la probabilité prédite de survie des mères et de leurs nouveaux-nés de l'ordre de 10 points. Cependant, les frais de transport n'étant pas pris en charge, lors des césariennes, entre 20 et 50 % des ménages font face à des dépenses catastrophiques. La césarienne est la seule gratuité qui fait l'objet d'une ligne budgétaire clairement établie dans chacun des budgets régionaux. Cette ligne a été maintenue jusqu'en 2015 (voir Figure 4.2 2). Ce financement est presque entièrement couvert par l'État. Si des provisions budgétaires ont pu être faites, il faut noter cependant que le système de gratuité est mis en danger par les retards des paiements provenant du Trésor Public pour les commandes de kits et le non financement des frais de transport à la PPM.

[72] Voir section 4.4 Gestion des produits pharmaceutiques

Figure 4.2.3 Évolution des dépenses de l'État pour les césariennes en 2009 et en 2015 par région sanitaire



Sources : DFM/MSP DGB/MEF, 2009, 2015

En outre, comme l'équipe d'évaluation a pu le constater lors des entretiens sur le terrain :

- De nombreux bénéficiaires potentiels ignorent l'existence des gratuités ; il en est de même de nombreux professionnels de la santé qui n'en ont qu'une vague idée ;
- La gratuité peut être perçue comme synonyme de prestations de qualité douteuse par les usagers ;
- Les coûts induits par le transport, et les frais d'attente en cas d'évacuation continuent à peser sur les usagers ;
- Le comportement des professionnels de la santé n'est pas favorable aux gratuités (pas de recouvrement des coûts, donc réduction des opportunités de percevoir de l'argent directement ; en outre, certains dons tels que les médicaments et autres intrants sont déviés des objectifs pour lesquels ils ont été mobilisés) ;
- Le coût total de la gratuité pour l'État pour une année ne fait pas l'objet de calculs systématique précis aux fins d'analyse ;
- À part des actions menées par certaines associations activistes (CAD), un suivi structuré et permanent de la gratuité n'existe pas. Un système d'observatoire permanent aurait permis d'attirer l'attention sur les dérives et les succès ;
- La pérennisation des mesures de gratuité à long terme ne semble pas suffisamment être abordée. Même si dans le contexte actuel, et certainement pour plusieurs années, le maintien des gratuités est une nécessité. Des alternatives telles que la mise en place du RAMED (ciblant les indigents, environ 5 % de la population dont seulement 7 %[73] ont pu être recensés en 2015) ouvre de nouvelles perspectives, mais leurs cibles ne couvrent pas forcément l'audience actuelle des usagers pour lesquels la gratuité est ouverte de façon règlementaire.

[73] 7% des 5% prévus

Encadré 3 La Gratuité des soins au Mali[74]

- En 2005, la prise en charge de la césarienne (mise à disposition des kits de produits et remboursement par l'État aux CSRéf des coûts des prestations chirurgicales, d'hospitalisation et examens pré opératoires). Le transport n'est pas inclus dans le remboursement mais un système de quote-part acteur dans le cadre de la référence-évacuation existe ;
- En 2007, la gratuité pour le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (gratuité aux formations sanitaires de tests de détection rapides (TDR), de kits anti paludéens pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de kit simple (CTA), de kit complication (sels de quinine). Les consultations demeurent payantes pour ces catégories de patients. Pour les autres catégories de malades, des prix subventionnés sont accordés pour le CTA (300 FCA) et les TDR (200 FCFA) ;
- En 2009, les fistules obstétricales ont fait l'objet d'un plan d'action soutenu par de nombreuses ONG et partenaires multilatéraux, qui implique plusieurs hôpitaux de références. Ce plan d'action ouvre la prise en charge gratuite des fistules, notamment les interventions chirurgicales et les séjours hospitaliers des patientes.

Cadre législatif et règlementaire :

Loi N°98-036 du 30 juillet 1998 portant sur la lutte contre les épidémies et interventions des vaccinations obligatoires

Loi N°06-28 du 29 juin 2006 sur le VIH

Décret N°05-350/P-RM du 4 aout relatif à la prise en charge de la gratuité de la césarienne, et arrêté interministériel N°090754 portant sur les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge des gratuités. Décret N°10-628/P-RM du 29 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé. Décret N°0505-147/P-RM du 31 mars 2005 fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'État aux malades du Sida et personnes vivant avec le VIH et de la garantie de confidentialité.

La mutualisation des risques maladie

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Elle prévoit de couvrir 12 % de la population. Selon les entretiens menés pendant l'évaluation avec les responsables de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) (novembre 2015), le nombre d'immatriculés au 31 décembre 2014 était de 194 088 pour un nombre de bénéficiaires estimé à 744 941. Une progression assez importante a été enregistrée au cours de l'année 2014 (155 955 nouveaux bénéficiaires) due aux adhésions des fonctionnaires militaires pendant cette période.

Ce programme vise à mobiliser les contributions des participants en vue de leur mise en commun. Il est financé par les cotisations des participants : pour le secteur privé, 3,6 % par les employés et 3,5 % par les employeurs ; pour le secteur public, 3,6 % pour les fonctionnaires et 4,45 % par l'État en tant qu'employeur.

[74] Olivier de Sardan J.P., Riddle V., 2014, Une politique publique de santé et ses contradictions « La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger >>, Karthala.
Touré L., 2010, Les Politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens, Edition Miseli, Septembre.
Touré L. et al., 2012, La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Étude comparative dans 3 sites d'enquête, Edition Miseli, Octobre.
Coalition des alternatives africaines dettes et Développement (CAD) : Politique de gratuité des soins de santé au Mali, « s'informer mieux pour travailler à plus d'impact sur la vie des plus pauvres >>.
Berthé I., Fomba G., Diarra S., Guindo B., Derrick Y., Ouédraogo H., Guiteye A., 2012, Étude sur l'effet de l'introduction d'une prise en charge des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées au Mali, 119p

Il présente un fort potentiel d'impact sur la qualité de tous les services y compris ceux du secteur privé à travers les mécanismes de contractualisation mis en place dans le cadre de ce programme. Selon les mêmes sources, tous les EPH de troisième et de seconde référence, la moitié des CSRéf, et quelques CSCom participent au programme. L'AMO contractualise également avec les officines privées et un nombre croissant de prestataires privés (cliniques, cabinets, etc.) : 10 établissements de soins privés et environ 300 officines privées ont signé des conventions avec la CANAM.

Le Régime d'assurance médicale (RAMED) a pour ambition de couvrir 5 % de la population malienne la plus démunie. Géré par l'Agence Nationale de l'Assistance Médicale (ANAM), ce programme n'a pas encore atteint son potentiel, mais pas par manque de financement public du niveau national. L'identification des indigents constitue le premier goulot d'étranglement pour ce programme. Le RAMED a immatriculé 78 288 bénéficiaires au 31 octobre 2015 (source ANAM, document transmis à l'équipe d'évaluation) avec une nette amélioration en 2015 due à la coopération avec le programme de filets sociaux « Jigisèmèjiri », financé par la Banque Mondiale. Néanmoins, en octobre 2015, le nombre d'immatriculés n'atteint pas 9 % de la population cible des indigents estimés à 900 000 (soit 5 % de la population Malienne).

Lors de l'évaluation, les défis relevés incluent :

1. l'insuffisance de participation des collectivités au financement comme prévus par le programme (30 % ramenés 15 % pour 2016) ;
2. le manque de ressources dont disposent les services déconcentrés du Départements de la Protection Sociale (DPS) pour mener les enquêtes auprès des ménages afin d'identifier les bénéficiaires ;
3. la résistance des mairies à délivrer des certificats d'indigence craignant d'être tenus à payer plus tard leurs contributions hors du champs de la santé.

Aussi bien pour l'AMO que pour le RAMED, les délais de remboursement sont des menaces pour la santé financière des formations sanitaires surtout au niveau le plus opérationnel, et expliquent les hésitations des CSCom à travailler avec ces programmes. Pour l'AMO, la gestion des sinistres et des remboursements est décentralisée au niveau régional. La CAMAM vire, ou préfinance des fonds aux Organismes Gestionnaires Délégués de l'AMO (Caisse Malienne de Sécurité Sociale –CMSS, pour les fonctionnaires, et l'Institut National de Prévoyance Sociale –INPS, pour les travailleurs du privé) qui remboursent directement les prestataires. Quant au RAMED, la gestion des sinistres et des remboursements est centralisée à Bamako. Les dossiers sont transmis par les directions régionales de la protection sociale.

L'AMO et le RAMED utilisent la même grille de remboursements pour les services pris en considération. Cette grille inclue les médicaments, et est négociée annuellement par la CANAM avec les ordres professionnels et le MSHP. Pour des raisons stratégiques visant à faire accepter le programme par la population la plus aisée déjà habituée à être couverte, la liste des médicaments n'a pas été restreinte aux médicaments en DCI comme prévu dans le schéma initial. En outre, le taux de remboursement des prestations dans le privé n'est pas le même que pour le public et se fait sur la base de négociations avec les ordres. Les factures (demande de remboursement) transmises aux Organismes Gestionnaires Délégués de l'AMO et via le service de la protection social à l'ANAM, sont vérifiées à deux niveaux ; 1- vérification de la mise à jour des cotisations des bénéficiaires ; 2- vérification médicale et financière (la vérification médicale se focalise sur la pertinence des soins et des médicaments prescrit ; la vérification financière s'assure que le barème des services et prix du médicament ont été respectés).

Quant aux mutuelles, la stratégie de financement de la couverture universelle propose que la majeure partie de la population du secteur informel soit couverte par les mutuelles. À la fin de 2014, étaient recensées 186 mutuelles couvrant une population de 308 354 individus (soit 4,47 % de la population

cible)[75]. L'État fait un effort en certifiant une partie des mutuelles qui bénéficient alors d'une subvention équivalent à 50 % des cotisations.

La mise en œuvre progressive d'une couverture sociale et la mutualisation des risques (AMO, mutuelles, RAMED) appelle à une harmonisation de ces mécanismes avec les gratuités (ciblées ou pas). Un certain nombre de questions devront dans ce sens trouver des réponses pour plus de cohérence du système : Quelles gratuités, et leurs financements devront être incorporés dans le RAMED ? Comment les mutuelles peuvent-elles être davantage impliquées dans la prise en charge de gratuités comme le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, ou des césariennes ?

Le financement basé sur les résultats (FBR)

Le rapport d'évaluation finale de l'expérience FBR menée dans la région de Koulikoro par le Royal Tropical Institute–KIT, SNV de mars 2014, met en évidence, de façon claire, des changements impressionnants quant à l'utilisation des services ayant été l'objet du FBR, même si des variations ont pu être observées entre les CSCom.

Dans le cadre de cette expérience, les financements provenant du FBR ne remplaçaient pas les financements habituels mais visaient à offrir un financement complémentaire pour renforcer la performance des prestataires pour des soins et des services de routine (voir Annexe 3).

Les coûts de l'approche FBR ne se limitaient pas aux seuls paiements des résultats. Des investissements ont dû être faits pour présenter/introduire l'approche aux différents acteurs (prestataires, équipe cadre de districts mais aussi ASACO, mairies, collectivités locales, etc.), et prendre en charge les frais de transaction. Bien qu'élevés, les coûts récurrents de l'approche ont permis non seulement d' << acheter » un grand nombre de résultats additionnels, mais aussi à renforcer le système de santé sur les aspects de la gouvernance, du système d'information sanitaire, de la motivation des prestataires à être présents dans leur poste, etc.

À travers cette approche FBR, ce sont donc tous les domaines du système qui ont ainsi pu être améliorés. Il parait donc important de : 1- trouver des solutions sur la façon de réduire les coûts d'une telle approche afin de la mettre à échelle ; 2-chercher une structure pérenne et un canal d'acheminement des fonds pour s'acquitter des frais des paiements-résultats dans des délais raisonnables.

En outre, le Mali devra décider, s'il veut dans le cadre d'un passage à échelle du FBR continuer à allouer son budget disponible pour la santé selon le principe du financement des << inputs » (au dépendant parfois des résultats, comme soulignés régulièrement dans les sections 4.1, 4.3, 4.4, 4.5 et 4.6 de ce rapport), ou s'il préfèrera allouer son budget en fonction des résultats constatés et vérifiés (approche par << outputs » promue par le FBR).

Enfin, si l'équipe d'évaluation a noté un engouement certain pour le FBR au niveau opérationnel de la part de toutes les parties prenantes (prestataires, ASACO, et municipalité), elle a aussi constaté qu'aucune suite n'avait encore été donnée à cette expérience au niveau central ; dû au fait sans doute de l'affectation des personnes en charge de ce dossier à l'époque à d'autres postes.

4.2.4 Processus de budgétisation, gestion financière et gestion des flux

a. Processus de budgétisation

Le processus de budgétisation n'a pas évolué depuis l'évaluation du PRODESS II. Ce processus fait partie du processus de planification et le développement des PO et est la base de la budgétisation opérationnelle. La planification est bien définie mais souffrait dans le passé de manque de ressources humaines et financières. L'impact de la crise de 2012 fait que les ressources disponibles pour la planification et la budgétisation ont diminué brutalement entre 2011 et 2012 : le taux de mobilisation pour

[75] Entretien de l'équipe d'évaluation avec UTM, novembre 2015

2012 était de 44 % et seulement de 27 % pour les partenaires[76]. Parmi les failles de la budgétisation persiste pour guider le processus, le manque d'informations disponibles à temps au niveau des CROCEPS relatives à l'enveloppe budgétaire. Les écarts entre les budgets prévisionnels (attendus) et les budgets reçus persistent également. Le taux de mobilisation était respectivement de 51,8 % et de 61,8 % en 2013[77] et 2014[78]. Pour ce dernier exercice, le taux de mobilisation des partenaires est de 105,9 %, donc au-delà des niveaux prévus.

Selon les documents de la DFM, la différence entre le budget programmé et reçu est satisfaisante et le taux de réalisation est jugé très bon malgré que l'année 2013 soit considérée comme une année de crise (voir tableaux 4.2.4 et 4.2.5). Ces deux tableaux mettent en évidence que le taux de mobilisation des ressources de l'État est passé de 34 % à 70 % entre 2013 et 2014. Pour 2014, la source < Autre >> semble justifier l'écart entre les PO et les ressources disponibles (ou identifiées). En revanche, l'exécution des budgets reçus ne semble pas poser de problèmes en 2014 (98,3 %).

a. Gestion financière et gestion des flux

Comme pour le processus de budgétisation, la gestion financière et la gestion des flux n'a guère évolué depuis l'évaluation du PRODESS II. Le rapport du cabinet Dalberg[79] [39] résume bien la situation (extrait des points les plus pertinents) : Lors de l'élaboration des PO, aucune directive n'est fournie sur les estimations financières des activités. Le résultat est que les PO surestiment ou sous-estiment le coût réel des activités. Le manuel indique que les DRS doivent appuyer les cercles dans l'élaboration des programmes trimestriels mais ne donne aucune précision sur la nature de l'appui. Et de conclure que < Il est impossible pour le niveau central (DFM) de faire le suivi budgétaire à temps des financements du MSHP en lien avec les activités du PRODESS >> et donc à l'équipe d'évaluation d'ajouter < des financements du MSHP qui suivent les mêmes procédures >>. La non mise en œuvre effective du sous-système d'information administrative et financière (SIAF) dont la composante information financière et matérielle est inexistante (voir Section Système d'Information Sanitaire) amplifie cette situation.

[76] MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), Synthèse du bilan 2012 et de la programmation 2014, Présentation PowerPoint, 25 diapositives, décembre 2013, Diapositive 9.
[77] MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRO-DESS), Synthèse du bilan 2013 et de la programmation 2015, Présentation PowerPoint, décembre 2014, Diapositive 8
[78] MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRO-DESS), Synthèse du bilan 2014 et de la programmation 2016, Ébauche Document Word, décembre 2015, page 12
[79] Revue du Manuel de Procédures du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) – Rapport 1 : États des lieux, 2015 pages 32 à 36.

Tableau 4.2.4 Exécution du PO 2013 pour l'ensemble des acteurs

ACTEURS	PREVU	REÇU	REALISE	JUSTIFIE	DIS	RELIQUAT	TX MOB	TX EXEC	TX JUSTIF
	(1)	(2)	(3)	(4)	(en %)	(2-3)	(2/1) X100	(3/2) X100	(4/2) X100
État	71,178,953	24,270,920	19,591,361	18,961,125	51,70	4,679,559	34	81	78
ABS	639,373	428,402	228,403	228,403	0,62	199,999	67	53	53
Recouvrements	6,589,116	3,825,936	3,229,068	3,229,068	8,81	596,868	58	84	84
Communautés	579,699	53,265	51,068	51,068	0,14	2,197	9	96	96
Collectivités	2,574,911	72,516	71,444	71,444	0,19	1,072	3	99	99
Partenaires	102,161,004	14,450,980	14,141,773	14,131,895	38,53	309,207	14	98	98
TOTAL GENERAL	**183,723,056**	**43,102,019**	**37,313,117**	**36,673,003**	**100.00**	**5,788,902**	**23.46**	**86.57**	**85.08**

Source : MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 2013, Synthèse du bilan 2012 et de la programmation 2014, Présentation PowerPoint, décembre, 9 Diapositives.

Tableau 4.2.5 Exécution du PO 2014 pour l'ensemble des acteurs

ACTEURS	PREVU (1)	REÇU (2)	REALISE (3)	JUSTIFIE (4)	DIST (en %)	RELIQUAT (2-3)	TX MOB (2/1) X100	TX EXEC (3/2) X100	TX JUSTIF (4/2) X100
État	78,067,430	55,050,667	54,288,519	54,198,407	52.14	4,679,559	70.52	98.62	98.45
ABS	489,862	2,435,548	2,435,548	2,435,548	2.34	199,999	497.19	100.00	100.00
Recouvrements	16,667,233	17,371,480	17,241,870	17,200,449	16.55	596,868	104.23	99.25	99.02
Communautés	1,087,387	209,385	207,833	207,833	0.20	2,197	19.26	99.26	99.26
Collectivités	1,799,567	589,297	592,788	592,788	0.57	1,072	32.75	100.59	100.59
Partenaires	28,552,159	30,239,189	29,327,709	29,306,000	28.19	309,207	105.91	96.99	96.91
TOTAL GENERAL	44,648,084								
État	**171,311,722**	**105,895,566**	**104,094,267**	**103,941,025**	**100.00**	**5,788,902**	**61.81**	**98.30**	**98.15**

Source : MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 2014, Synthèse du bilan 2013 et de la programmation 2015, Présentation PowerPoint, décembre, 9 Diapositives.

4.2.5 Conclusions

Trois des cinq résultats stratégiques attendus sur le financement de la santé dans le PRODESS III concernent le MSHP :

1. L'amélioration de la mobilisation des ressources financières et l'allocation tenant compte des disparités ;
2. L'amélioration de la gestion financière ;
3. L'augmentation de la couverture de la population par un système de protection sociale.

L'évaluation montre que les résultats attendus ne sont pas atteints :

- Au cours de la période 2004-2015, la part du budget de l'Etat alloué à la santé a diminué de plus de 13 % (passant de 6,8 % à 5,9 %). Sur la même période, la part attribuée au Ministère en charge de la santé a diminué de plus de 44 % (passant de 76,6 % en 2004 à 42,4 % en 2015). Quant à l'allocation des ressources tenant compte des disparités, le peu d'informations disponibles indique qu'une partie des dépenses a été allouée à des services à haut impact (mise en œuvre des programmes prioritaires de lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques et péril hydrique, ou en faveur de la santé de la

reproduction, etc.), plus équitables (populations rurales, femmes en âge de procréer, enfants de moins de 5 ans), et ayant a priori une plus grande efficacité sur le système (construction et fonctionnement de CSCom). Toutefois, l'évaluation souligne surtout qu'une large partie des financements est allouée à des niveaux de soins et pour des zones géographiques qui n'auront qu'un impact limité sur la couverture, l'utilisation des services, l'équité, efficience (services hospitaliers, district de Bamako, niveau central) ;

- La gouvernance financière et les mécanismes de redevabilité ne sont pas suffisamment assurés comme montré précédemment ;
- Malgré quelques efforts en termes de couverture de la population par le biais de l'AMO, du RAMED et des mutuelles, les résultats jusque-là atteints sont loin des cibles fixées.

Selon les Comptes de la Santé (CS), l'augmentation de 117 % entre 2004 et 2013 de la dépense totale de santé (DTS) a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27 $ US à 42 $ US. Environ 73,6 % de la DTS provenait de sources nationales, et 26,4 % du reste du monde. Les ménages constituent la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs. Ceci indique que les risques liés aux dépenses catastrophiques de santé sont élevés. La part du financement de l'administration publique à la santé représentait 11,7 % de la DTS malgré l'importance des ressources internes dans les dépenses totales de santé (principalement dû aux contributions des ménages).

La crise qu'a connue le Mali en 2012 a eu des conséquences à court terme sur le financement du secteur. L'appui de l'État est passé de 96 à 54,6 milliards de Fcfa entre 2011 et 2012 pour l'ensemble du secteur de la santé (tous ministères confondus), et de 57,6 à 18 milliards de Fcfa au cours de la même période pour le MSHP. En 2015, le financement de l'État atteint encore difficilement les niveaux d'avant la crise. Celle-ci s'est aussi traduite par un retrait des PTF, et en particulier par une diminution nette de leurs financements. La part du financement externe du MSHP est passée de 38 % à 9 % entre 2011 en 2014. En particulier, l'appui budgétaire direct à l'ensemble du secteur de la santé, qui échappait déjà dans le passé au contrôle de l'État, a enregistré une forte baisse (passant en moyenne de 19,5 % entre 2009 et 2011 à 8,8 % en moyenne entre 2012 et 2014). Le retour difficile de l'aide externe, et en particulier le quasi-abandon de l'aide budgétaire sectorielle (ABS), reflète le manque de leadership national en relation avec les problèmes de gestion des financements relevés dans le secteur. En outre, la diminution de l'ABS a aussi eu pour conséquence directe d'impacter le fonctionnement correct du niveau opérationnel qui, dans le passé, utilisait ces financements pour des activités comme la supervision et la planification.

Fin 2013, le pays s'est doté d'une politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle. Cette politique synthétise les efforts visant : 1) à promouvoir des mécanismes d'assurance maladie et de protection sociale (Assurance Maladie Obligatoire – AMO, Régime d'Assistance Médicale – RAMED), ainsi que le rôle des mutuelles dans le financement de la santé ; et 2) à améliorer l'accès aux soins et à diminuer le poids des dépenses de santé sur les ménages. La mise en œuvre de cette politique est difficile et inégale : 1) l'AMO enregistre des progrès ; 2) les manques de financement restreints les progrès des mutuelles ; et 3) le RAMED peine à couvrir la population la plus démunie.

4.2.6 Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

Tableau 4.2.6 Forces, Faiblesses, Opportunities, Menaces

	ÉQUITÉ ET ACCÈS	EFFICIENCE	QUALITÉ	PÉRENNISATION
Forces et Opportunités	Politique Nationale de Financement compréhensive et cohérente (AMO, Mutuelles, RAMED) Gratuités	AMO (et donc RAMED) contractualise avec secteur privé ; Gestion axée sur les résultats – réformes de l'administration publique ; Expérience FBR	AMO introduit principe du control effectif de qualité pour remboursement des prestations et prescription médicaments ; Expérience FBR améliore la	Existence d'une politique nationale de financement de la santé Engagement de l'État vis-à-vis du secteur santé est constant ; Existence du financement des structures

	ÉQUITÉ ET ACCÈS	EFFICIENCE	QUALITÉ	PÉRENNISATION
			motivation du personnel, la qualité, le suivi, l'utilisation des prestations	décentralisées Existence recouvrement des coûts par les ménages aux points de dispensation
Faiblesses et menaces	Politique Nationale de Financement non validée ; Forte contribution des ménages dans la DTS – risque élevé de dépenses catastrophiques ; Couverture assurance maladie à trois vitesses (AMO, Mutuelle, RAMED) ; Difficultés de mise en œuvre du RAMED ; Gratuités : non maitrise des coûts et non-intégration dans le mécanisme d'assurance maladie ; Dépendance des CSCom vis-à-vis de la tarification et vente de médicaments : application du texte règlementant les prix de cession à chaque niveau de la pyramide	Manque de connaissance et mon maitrise de la coordination des financements externes par le MSPH ; Financement ABS en perte de vitesse ; Lenteurs dans les mises en œuvre des réformes de l'administration publique ; Expérience FBR non exploitée ;	Capacité du control qualité de l'ANAM et CANAM ; CANAM rembourse médicaments en marque (non-DCI) qui facilite dans un premier temps l'intégration du secteur privé	Financement décentralisé insuffisant ; Manque de coordination entre communes et ASACO : Financement de l'ABS en perte de vitesse Dépendance du MSHP vis-à-vis des financements extérieurs

4.2.7 Recommandations

Renforcer la coordination des actions des PTF et l'efficacité des financements externes : dans le contexte actuel où une part importante des financements des projets de développement sanitaires est soutenue par les partenaires au développement, la coordination des partenaires constitue un élément central qui doit être assuré sous le leadership clairement affirmé du MSHP.

Les efforts de partage d'informations et de coordination quant à l'utilisation des financements extérieurs doivent être redoublés pour améliorer leur efficacité et leur impact. Ces efforts sont nécessaires pour pérenniser les appuis des PTF déjà engagés dans le secteur de la santé en général, et auprès du MSHP en particulier. Il convient de continuer à soutenir l'institutionnalisation et le développement de la capacité technique nationale dans la production des Comptes de la Santé (CS). Les CS permettent à l'ensemble des parties prenantes de disposer des données essentielles sur les flux de financements dont bénéficie le système de santé, en particulier sur les paiements directs faits par les ménages, et sur le suivi de l'impact des efforts de mutualisation et de protection sociale (AMO, RAMED, promotion des Mutuelles). Ils produisent aussi des informations sur l'orientation des financements du MSHP vers les priorités programmatiques définies dans ses documents de politique. Dans ce sens, les CS constituent un outil de planification essentiel pour soutenir les décisions, orienter/réorienter les actions, etc. L'effort de production requiert toujours un soutien technique pour une institutionnalisation pérenne qui permettra de disposer des CS régulièrement et avec promptitude.

Soutenir la validation et la mise en œuvre de la politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle. Cette politique regroupe les efforts autour :

- d'une mobilisation des ressources efficace, équitable et pérenne ;
- d'un accès aux soins plus équitable en vue de réduire le poids financier des dépenses de santé pesant encore largement sur les ménages ;
- d'une meilleure allocation des ressources et d'une amélioration de la gouvernance financière ; – de l'engagement du secteur privé.

Le MSHP doit s'engager à accroître l'efficacité des ressources mobilisées : plus de transparence dans l'allocation et l'utilisation des ressources, mais aussi plus de pratiques de la reddition des comptes, constituent un préalable pour accroître l'efficacité des ressources mobilisées.

4.3 Ressources humaines

Comme mentionné dans le contexte sanitaire, malgré des évolutions perceptibles ces dernières années pour certains indicateurs de santé, la situation sanitaire de la population malienne en 2015 reste préoccupante : la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, et la mortalité maternelle restent élevées ; les besoins en planification familiale demeurent fortement non satisfaits ; le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié ; des disparités régionales importantes, plus favorables aux zones urbaines qu'aux zones rurales, et des situations particulièrement préoccupantes dans les zones définies comme des « zones de pauvreté », sont observées.

L'amélioration de cette situation passe par une amélioration des prestations des services de santé accessibles à la population, par la disponibilité des ressources humaines de la santé et par une meilleure gestion de celles-ci. Les documents de politiques concluaient en 2009 à une insuffisance en nombre et en qualité des ressources humaines de la santé, à une mauvaise répartition de celles-ci sur l'ensemble du territoire, à des problèmes de motivation et à un manque de moyens financiers. Selon la classification de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, à partir des données nationales disponibles en 2010, le Mali appartient au groupe des pays en crise[80] en termes de ressources humaines.

Conscient de la nécessité de réagir, le gouvernement du Mali s'est engagé en 2009, dans un document de politique nationale[81], à améliorer la gestion et la motivation des ressources humaines de la santé. Pour cela, les stratégies se focalisaient sur 5 axes principaux (variation dans les puces afin de faire un choix le moment venu) :

1. La gestion de la fonction de gestion des RHS ;
2. Le renforcement des capacités des RHS à travers la formation initiale et continue ;
3. La gestion des recrutements et des affectations ;
4. La gestion des carrières ;
5. La motivation des RHS.

La mise en œuvre de ces stratégies nécessitait un dialogue avec d'autres ministères pour revaloriser les revenus des personnels de santé, accroitre les recrutements et améliorer la pertinence et la qualité des formations des futurs agents sanitaires.

En 2015, à quel stade en est la mise en œuvre de cette politique ? Quelles ont été les avancées réalisées en termes d'effectifs, de répartition, de motivation et de qualité des ressources humaines de la santé ? Ce sont là les questions auxquelles cette section se propose de répondre. Il s'agira également de vérifier si le contexte de 2015 présente des changements qui font apparaitre de nouveaux enjeux nécessitant une adaptation des actions à mener en termes de gestion des RHS.

Afin de répondre à ces questions, ce chapitre est donc organisé autour des trois points suivants :

1. En termes d'effectifs et de répartition des RHS, quelles sont les évolutions constatées depuis 2008, 2009 ? ;
2. Quelles ont été les mesures prises pour améliorer la gestion des carrières et la motivation du personnel de santé ? ;
3. Quelles ont été les mesures prises visant à améliorer la qualité des prestations dispensées par les agents sanitaires à travers les formations initiales et continues ?

[80] Pays pour lesquels la densité de personnel de santé qualifié pour 10 000 habitants est inferieure a 22,8 et dans lesquels la proportion de naissances assistées par un personnel qualifie est inferieure a 80%, (WHO, 2014, The Global Health Workforce Alliance 2013 Annual Report, 32p.)

[81] CPS/MSHP, 2009, Développement des ressources humaines pour la santé – Politique Nationale, Document ronéotype, décembre, 43p+ annexes.

Cet ensemble de questions tentera en conclusion d'évaluer si le Mali dispose des effectifs en RHS nécessaires pour assurer une couverture efficace de services de santé jugés prioritaires, s'il est en mesure d'en produire en nombre et en qualité suffisante, de les déployer de façon efficiente et de les maintenir à leur poste.

4.3.1 Les effectifs des ressources humaines de la santé et leur répartition géographique

En 2009, le document de politique indiquait que le nombre de RHS était insuffisant, que les critères d'affectation du personnel n'étaient généralement pas respectés et que les décisions d'affectations étaient remises en cause sur demande des agents non motivés pour leur futur poste. Les axes stratégiques proposés pour corriger cette situation étaient les suivants :

1. La mise à jour régulière des cadres organiques des établissements, des descriptions de postes et des compétences ;
2. Le recrutement sur la base des cadres organiques ;
3. Le développement d'un plan de mobilité et d'incitations ;
4. L'inventaire systématique des effectifs et des emplois à travers un système d'information et de gestion des RHS permettant d'aboutir à un plan de recrutement et à l'ouverture du dialogue avec le MEF et les PTF pour augmenter les crédits alloués au recrutements des RHS du MSHP.

a. Évolutions des effectifs

En juin 2015, la DRH estimait à 16201 le nombre d'agents dans le secteur sanitaire et social ; 90 % d'entre-deux dépendaient du secteur de la santé (MSHP) (SI-GRH, juin 2015).

Le personnel qualifié : médecins, infirmiers, sages-femmes

Une augmentation de 25% des effectifs est enregistrée pour le personnel qualifié entre 2009 et 2014. En 2009-2010, « Si nous considérons les normes soignants pour 1000 habitants, le Mali aurait besoin de 13 839 médecins, infirmiers, sage-femme contre 5 638 actuellement soit un déficit de 60%. »[82]. Pour l'année 2014, la DNS (Tableau 4.3.1) indiquait une disponibilité de 7 093 personnels de santé qualifiés (Annuaire SLIS 2014).

Tableau 4.3.1 Effectifs de personnel médical qualifié en 2014 (secteurs public, communautaire et privé[83])

Régions	Effectif Médecins (ttes spécialités)	Effectif Infirmiers (ttes spécialités)	Effectif sage – femmes + infirmières obstétriciennes	Total effectifs personnel qualifié	Population 2014
Bamako	623	1247	699	2569	2.157.000,00
Kayes	155	450	170	775	2.375.000,00
Koulikoro	155	494	213	862	2.885.000,00
Sikasso	178	725	239	1142	3.149.000,00
Ségou	143	482	160	785	2.786.000,00

[82] Selon la DRH/Effectifs 2009/2010, citée dans profil des RHS du Mali, page 32.
[83] Sauf secteur privé de Bamako qui était en cours de recensement au moment de la production du rapport de la DNS.

Mopti	103	324	143	570	2.426.000,00
Tombouctou	45	120	35	200	804.000,00
Gao	17	133	40	190	646.000,00
Kidal	9	38	13	60	81.000.00
Total	1428	4013	1712	7093	17.309.000,00

Source, DNS, Annuaire SLIS 2014

Malgré une amélioration globale nette indiquant la mise en œuvre effective des actions formulées dans les documents de politique, des problèmes demeurent. Ils sont liés à la non atteinte des normes recommandées par l'OMS d'ici 2023 (Tableau 4.3.2) et à la répartition géographique de ces RHS par région qui n'est pas en relation avec la densité de population par région (Tableau 4.3.3).

Tableau 4.3.2 Nombre de médecins, infirmiers, sages-femmes et infirmières obstétriciennes pour 10.000 habitants en 2014

Régions	Médecins	Infirmiers	Sages-femmes + infirmières obstétriciennes	Tout personnel qualifié
	Pour 10.000 habitants			
Bamako	2,89	5,78	3,24	11,91
Kayes	0,65	1,89	0,72	3,26
Koulikoro	0,54	1,71	0,74	2,99
Sikasso	0,57	2,30	0,76	3,63
Ségou	0,51	1,73	0,57	2,82
Mopti	0,42	1,34	0,59	2,35
Tombouctou	0,56	1,49	0,44	2,49
Gao	0,26	2,06	0,62	2,94
Kidal	1,11	4,69	1,60	7,41
Total	0,83	2,32	0,99	4,10

Source, DNS, Annuaire SLIS 2014

D'ici 2023, l'OMS recommande 23 professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10.000 habitants. Les chiffres de l'Annuaire SLIS 2014, présentés dans le tableau 4.3.2, indiquent que, même si le district de Bamako et la région de Kidal sont les mieux pourvues en RHS qualifiées, ces deux zones sont encore loin d'avoir atteint le niveau recommandé par l'OMS (respectivement pour le district de Bamako et la région de Kidal, 11,91 et 7,41 personnels qualifiés pour 10 000 habitants). En outre, si Kidal apparait ici comme une des régions les mieux pourvues en personnel de santé qualifié, depuis la crise de 2012 qui a notamment eu pour conséquence des mouvements importants de personnels de santé vers les zones plus sécurisées du sud du pays, le redéploiement de ce personnel n'a pas encore eu lieu. Dans les faits donc, même si cette situation n'est que conjoncturelle, une grande partie des personnels affectés dans cette région ne s'y trouve pas.

Tableau 4.3.3 Répartition géographique des RHS qualifiées par région comparée à la densité de population par région en 2014

Régions	Médecin par région /effectif total de médecins	Infirmiers par région /effectif total d'infirmiers	Sages-femmes+ infirmières par région /effectif total de sages-femmes	Personnel qualifié par région /effectif total de personnel qualifié	Population par région/population totale en 2014
	(en %)				
Bamako	43.6%	31.1%	40.8%	36.2%	12.5%
Kayes	10.9%	11.2%	9.9%	10.9%	13.7%
Koulikoro	10.9%	12.3%	12.4%	12.2%	16.7%
Sikasso	12.5%	18.1%	14.0%	16.1%	18.2%
Ségou	10.0%	12.0%	9.3%	11.1%	16.1%

Mopti	7.2%	8.1%	8.4%	8.0%	14.0%
Tombouctou	3.2%	3.0%	2.0%	2.8%	4.6%
Gao	1.2%	3.3%	2.3%	2.7%	3.7%
Kidal	0.6%	0.9%	0.8%	0.8%	0.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Source, DNS, Annuaire SLIS 2014

Les données de l'Annuaire SLIS 2014 présentées dans le tableau 4.3.3, indiquent que 36 % des RHS qualifiées sont concentrées dans le district de Bamako ou vivent 12,5 % de la population malienne. Il est probable que ce chiffre soit sous-estimé, du fait de la non-prise en considération de l'ensemble des personnels de santé du secteur privé de Bamako en cours de recensement au moment de la production du rapport de la DNS. Cette concentration dans le district de Bamako est plus marquée chez les médecins et les sages-femmes que chez les infirmiers.

Les besoins en RHS qualifiées comparés à la densité de population par région sont les plus marqués dans les régions de Mopti, de Ségou, de Koulikoro, de Kayes et de Sikasso. Il est donc important que les efforts soient orientés en priorité vers ces régions. Les moyens de l'Etat malien ayant été orientés ces dernières années pour le financement des efforts en faveur de la paix, et une priorité ayant été également accordée à l'agriculture au détriment des recrutements n'ont pas permis de combler ces écarts. Le problème demeure tout entier malgré quelques avancées.

Le personnel de santé non qualifié : les agents de santé communautaires, aides-soignants, matrones

Les CSCom sont considérés au Mali comme étant les établissements de santé de premier contact dans le système de santé. Toutefois, bien que l'accessibilité géographique ait beaucoup été améliorée ces dernières années avec l'ouverture de nombreux CSCom (Voir section 4.6 prestations de services), 9% de la population réside encore à une distance de plus de 15 Km d'un CSCom (DNS, SLIS 2014). Pour continuer à réduire la distance entre la communauté et ces établissements, les Agents de Santé Communautaire (ASC) constituent une interface rattachée aux CSCom. Sous la supervision du premier responsable technique (DTC) du CSCom, entre 2012 et 2013, les expériences de soins essentiels dans la communauté (SEC) menées dans 5 régions du sud du Mali par les ASC montrent que *« 15% des cas de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est assuré par les ASC au niveau aire de santé ; 32% des cas de prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans est assuré par les ASC au niveau aire de santé ; 20% des cas de prise en charge de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans est assuré par les ASC au niveau aire de santé »*[84].

En 2013, la DNS comptait 2228 ASC dans les sites d'ASC fonctionnels des 5 régions du sud (Stratégie SEC, p16). Les principales problématiques en termes de gestion des ressources humaines autour de ce personnel se résument à la pérennisation de leur prise en charge financière, à leur formation et à leur encadrement technique par le personnel de santé qualifié des CSCom et les équipes cadre de districts. La rétribution de ces agents suivant des modalités variées a été introduite à la faveur de différents projets pilotes. Dans le contexte actuel, le transfert de ces charges à l'Etat, ou aux communautés, est hors de leur portée sur la base d'un calcul simple : nombre d'ASC estimés, multiplié par le salaire moyen payé par les projets USAID, UNICEF, SAVE. Pourtant au regard des résultats indiqués précédemment, l'utilité des ASC pour réduire l'ampleur des problèmes prioritaires de santé, améliorer la couverture sanitaire des populations au-delà de 15 kms, en particulier en zone rurale ou les indicateurs de mortalité maternelle et infantiles sont les plus bas, font qu'il y a forte nécessité de mettre en œuvre cette stratégie par l'adoption des modalités de financement innovants.

[84] DNS, 2014, Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2014-2018, document ronéotypé, novembre, p16.

Les autres catégories de personnel : le personnel administratif

Des écarts[85] quantitatifs et qualitatifs pour le personnel administratif et de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont également été soulignés par la DRH. Malgré l'existence de personnes compétentes au Mali, la capacité d'absorption de ces catégories de personnels dans la fonction publique reste insuffisante à cause de contraintes financières (entretiens avec l'équipe d'évaluation, 2015).

Au niveau opérationnel, malgré la contribution en ressources humaines des ASACO (figure 4.3.1 montre que les ASACO contribuent à 21% des salaires des agents du secteur sanitaire et social en juin 2015), des écarts existent également (voir profil du personnel des CSCom, section 4.6 Prestations de services). La faible capacité de génération des ressources des CSCom, constituerait la principale restriction au recrutement par ce biais. La majorité des CSCom étant structurellement déficitaire (voir encadré 2).

Les recrutements et les affectations

En 2010, « *Le recrutement se fait selon le secteur par voie de concours ou sur contrat après sélection. Dans le secteur public : Les fonctionnaires sont recrutés par voie de concours par le Ministre chargé de la fonction publique et mis à la disposition du Ministre de la Santé qui procède à leur répartition d'une part entre les régions et d'autre part entre les services centraux* »[86].

Le niveau de recrutement des fonctionnaires a progressivement évolué de 312 agents en 2008, à 378 en 2009 et 482 en 2010.

En ce qui concerne le recrutement des contractuels à la fonction publique, 565 sont recrutés en 2008. Aucun recrutement de cette catégorie de personnel n'a été effectué en 2009 et 2010. Les dispositions de ce mode de recrutement étaient en révision.

Les Gouverneurs de région recrutent dans le cadre d'un remplacement sur fonds PPTE du personnel de santé au profit des CSCom.

Les Hôpitaux et les centres de santé de références font des recrutements dans la limite de leurs moyens sur les fonds de recouvrement de coûts ou fonds propres. Le niveau de recrutement est de 1 à 3 personnes en moyenne par an et par structure. Les ASACO recrutent sur contrat le personnel pour les CSCom.

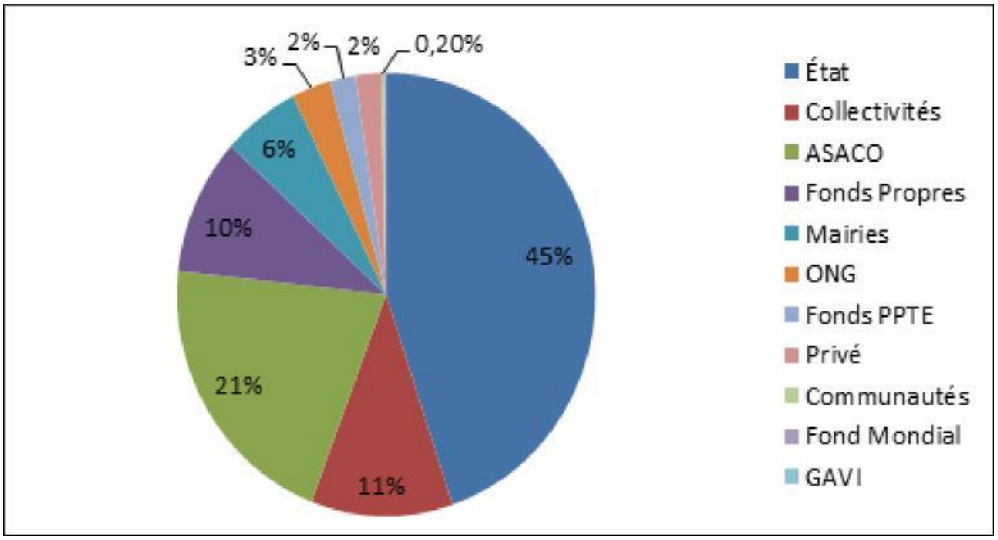
Les collectivités territoriales recrutent par voie de concours conformément aux dispositions de la décentralisation du personnel fonctionnaire ou contractuel des collectivités territoriales. Ce processus est à la phase de début.

Ces différents modes de recrutements demeurent les mêmes en 2015 exceptés pour ce qui concernent les recrutements sur fonds PPTE qui ont connu des modifications : « *Tous les contractuels déjà recrutés non encore intégrés dans la fonction publique des collectivités doivent transmettre les dossiers de recrutement à la DRH pour analyse en vue de leur soumission à la commission d'intégration au niveau du Ministère de la Décentralisation et de la Réforme de l'Etat jusqu'à épuisement du contingent d'ici un an et demi* »[87].

Les sources de financement des salaires montrent l'importance du poids de l'Etat et des collectivités dans ces recrutements (Figure 4.3.1). Selon la DRH qui présente les chiffres du secteur sanitaire et social, (90% des agents dépendent de la santé), 56% des salaires sont payés par l'Etat et les collectivités, 45% par l'Etat, 11% par les collectivités, 21% par les ASACO, 10% sur fonds propres des établissements de santé, 6% par les mairies.

[85] Pas de données chiffrées.
[86] Profil des RHS du Mali, page 41 (source des données DRH collecte 2008-2010).
[87] Courrier du Ministre, n0 2291 en date du 10 novembre 2015, adressé aux Directeurs Régionaux de la Santé S/C la DNS.

Figure 4.3.1 : Sources des salaires des agents du secteur sanitaire et social en juin 2015



Source : DRH, Présentation SI-GRH –juin 2015

En 2015, la mise à jour des cadres organiques des structures de santé n'a pas encore été réalisée et le processus de recrutement et d'affectations des agents de santé ne tient toujours pas compte de ce niveau de détails. Ainsi, pour ce qui concerne les recrutements de la Fonction Publique, la DRH définit les besoins nationaux à partir des informations dont elle dispose dans sa base SI-GRH qui sont alors transmis à la Fonction Publique. Cette dernière effectue les arbitrages entre les différents ministères en tenant compte des priorités du gouvernement et définit alors le nombre de postes ouverts au concours de la fonction publique pour chaque Ministère. Tenant compte du nombre de postes ouverts à concours dans le secteur de la santé, la DRH propose alors une liste d'affectations dans les régions aux responsables du MSHP qui l'approuvent ou pas[88]. Au niveau régional, les Directions Régionales de la Santé (DRS), après identifications de leurs besoins au moyen de leur base SI-GRH, proposent les répartitions au niveau opérationnel dont l'approbation dépend des gouverneurs.

De ce qui précède il apparaît donc qu'au moins trois des axes stratégiques n'ont pas été suivis d'effets. Il s'agit en premier lieu des cadres organiques qui ne sont pas mis à jour. En second lieu les affectations ne sont pas faites conformément aux cadres organiques et la DRH, dans sa présentation du SI-GRH faite en juin 2015, précise même qu'un agent occupe deux postes. En troisième lieu, l'inventaire systématique bien que très avancé ne tient pas encore compte de façon significative des RHS du secteur privé en particulier celles du district de Bamako qui concentre une forte proportion de ce secteur.

En outre, compte tenu de la réorientation des financements de l'Etat vers d'autres secteurs prioritaires suite à la crise sécuritaire, le recrutement des 1700 agents nécessaires pour atteindre les normes de l'OMS en matière RHS qualifiées qui nécessite un budget de 2 milliards de Francs CFA ne peut pas être effectué et les besoins ne peuvent donc pas être comblés étant donnée la réduction du budget de recrutement de la DRH ces dernières années.

4.3.2 La gestion des carrières et les motivations

Le document de politique nationale des RHS signale en 2009 les carences suivantes liées à la gestion des carrières et des motivations :

- Une absence de plan de carrière pour les fonctionnaires en général et pour les agents de santé en particulier ;

[88] La DRH est en effet chargée « d'apporter un appui-conseil aux chefs de service du département ou du groupe de départements ministériels dans le domaine de la gestion des ressources humaines »

- Une absence de description de postes au sein des services de santé ;
- Une obsolescence des cadres organiques des services de santé ;
- Des promotions pas nécessairement basées sur le mérite ;
- L'existence de primes de motivation[89] mais qui doivent être revalorisées[90] ;

Les stratégies proposées visaient à :

1. Développer et appliquer un plan de carrière reposant sur une liste des postes génériques des services du Ministère de la Santé, une fiche individuelle décrivant des postes génériques et la classification des postes à partir de leur description en cohérence avec le plan de motivation ;
2. Développer une logique d'incitations pour amener le personnel dans les zones difficiles et les maintenir pour assurer une stabilité optimale ;
3. Développer une logique de performance du personnel en vue d'améliorer significativement les résultats (projets pilotes de FBR) ;
4. Elaborer un plan de motivation reposant à la fois sur des incitations financières et non financières, des supervisions renforcées, orientées vers la formation et l'information.

En 2015, les rémunérations du secteur public suivent la grille des salaires de la fonction publique. Les salaires de l'ensemble du personnel de la Fonction Publique malienne ont été revalorisés d'environ 30% entre 2009 et 2014. Une harmonisation des salaires de la fonction publique des collectivités territoriales a été réalisée rendant comparables les salaires de même catégorie entre les différentes régions. Un plan de gestion des carrières a été rédigé[91]. Sa mise en œuvre connait des retards dus à la proposition de création d'une commission paritaire en attente de validation ainsi qu'il ressort des entretiens à la DRH avec l'équipe d'évaluation, en novembre 2015. La validation de cette commission doit-être une priorité pour le MSHP.

Les rémunérations des agents du secteur privé sont régies par le code du travail malien. Globalement, le fait que l'élite hospitalière (enseignants et chercheurs) travaillant dans les EPH est autorisée à exercer à la fois dans le privé et le secteur hospitalier (loi hospitalière) est un point qui mérite une attention puisqu'il n'existe pas de mécanismes de régulation pour surveiller ces mouvements et assurer que les missions de service public sont bien prioritaires dans la pratique.

La mise à jour du Plan de Motivations est en cours. Outre la revalorisation des motivations financières actuellement appliquées et qui ne sont toujours pas suffisamment incitatives pour motiver les agents de santé à se rendre dans les zones difficiles voir très difficiles (entretiens à la DRH avec l'équipe d'évaluation, novembre 2015). Au sein de la DRH, une volonté semble exister pour qu'une réflexion plus stratégique soit menée en vue de développer des motivations financières et non financières réellement incitatives dont certaines pourraient être en relation avec la gestion des carrières. Toutefois, cette réflexion devrait se dérouler dans le cadre d'un dialogue plus global (donc avec l'ensemble des Ministères), sur les mécanismes incitatifs pour les agents de l'Etat lors d'affectation dans les zones difficiles voire très difficiles (notamment dans le cadre du programme de reconstruction du Nord après les accords de paix). N'est-il pas envisageable que, pour une période donnée, les PTF réfléchissent sur un accompagnement pour le paiement de primes comme effort en vue de revitaliser les centres de santé dans ces régions ? De plus, l'expérience du « FBR à la malienne », menée dans le secteur de la santé dans le cadre de l'OMD5, pourrait dans ce sens constituer la base de cette réflexion. Une évaluation de cette expérience a été menée et a démontré les effets forts motivants sur les résultats des établissements de santé mais aussi sur la qualité des prestations dispensées par les agents de santé avec des modifications de

[89] voir liste paragraphe 3, p18 du document de politique
[90] Voir également détail Profil des RHS Mali, page 48.
[91] décret n02014-0665/P-RM du 02 septembre 2014 portant plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la santé

pratiques aussi bien sur l'offre de services (en particulier les SSP et les services liés à la planification familiale) que sur la demande (voir Annexe 3).

Selon le Profil des RHS Mali[92], il n'existe aucun mécanisme de supervision lié à la gestion de la performance ou aux mesures incitatives fondées sur la performance. En général, la supervision cible la performance du personnel dans la mise en œuvre des activités, et non la productivité ou le rendement de façon spécifique. Toutefois un document de « Politique Nationale de contractualisation dans le secteur socio-sanitaire au Mali »[93] existe. Il se focalise sur les établissements hospitaliers et cherche à répondre aux défis liés à la production efficace et de qualité des soins et services hospitaliers mais n'est pas validé. Les dysfonctionnements importants existant dans ces hôpitaux ne permettent pas de concrétiser cette politique. Les projets d'établissements ne sont que partiellement mis en œuvre alors qu'ils devaient permettre de créer les conditions nécessaires (infrastructures, environnements de travail, équipements, intrants médicaux chirurgicaux, culture contractuelle, etc.) (voir sections 4.1 Gouvernance et 4.6 Prestations de services).

4.3.3 L'amélioration de la qualité des services dispensés à travers la formation des RHS

Le document de politique des ressources humaines a mis en exergue, dans l'analyse de situation, une insuffisance de la qualité des formations du personnel d'une manière générale, tributaire de plusieurs facteurs parmi lesquels : l'inadéquation des programmes de formation, l'insuffisance d'encadreurs, l'insuffisance d'outils pédagogiques, la mobilité du personnel, etc.

La politique nationale de développement des ressources humaines visait donc à :

1. Renforcer la formation initiale et les capacités de production des établissements publics et privés (Augmenter les capacités d'accueil des formations surtout dans les zones les plus pauvres en ressources humaines ; Améliorer la qualité des formations en tenant compte des besoins et du rôle du MSHP en augmentant les conditions de formations et l'encadrement pendant les formations pratiques) ;
2. Renforcer la formation continue et les spécialisations (plus grande implication des prestataires dans le secteur public ; proposer plus de formations sur les lieux de travail couplées à des supervisions intégrées) ;
3. Améliorer l'organisation des stages (améliorer l'organisation des stages – assurer la coordination et l'établissement de conventions entre établissements sanitaires et établissements de formations) ;
4. Renforcer le suivi et l'évaluation de la formation (mise en place d'un inspectorat technique chargé de superviser et d'évaluer le travail des enseignants ; développer un système d'évaluation des enseignants, des formations et des étudiants).

En matière de renforcement de la qualité des ressources humaines de la santé, en 2015, seuls les aspects relatifs à la formation continue dépendent de la DRH du MSHP. La formation initiale des médecins, infirmiers et sages-femmes est du ressort du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Bien que rattaché par décret interministériel depuis février 2015 au Ministère de l'Enseignement Supérieur, l'INFSS continue à être en relation avec le MSHP pour l'emploi des étudiants formés, reste impliqué dans les instances du PRODESS (comité technique, comité de suivi), continue à participer aux réunions élargies du cabinet du MSHP et aux réunions de concertation organisées entre le MSHP et le Ministère de l'Enseignement Supérieur. L'indisponibilité des responsables de la faculté de Médecine d'Odontostomatologie et de

[92] Page 49.
[93] Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Ministère de la Santé, 2007, Politique Nationale de contractualisation dans le secteur socio-sanitaire au Mali, document ronéotypé, version provisoire de janvier 2007, 39p.

Pharmacie n'a pas permis à l'équipe d'évaluation de préciser de quelle façon les besoins du MSHP sont pris en considération par cet établissement.

a. Amélioration de la qualité des RHS à travers les formations initiales

Les capacités d'accueil des établissements de formation initiale

Au cours de la période 1987-2010, au titre de la formation des médecins, cette période marque la formation au sein de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) d'effectifs d'étudiants de plus en plus importants (moins de 1500 entre 1987 et 1997 ; de 1200 et 4600 entre 1998 et 2005) ; environ 675 à partir de 2006 (troisième période). Au cours de ces trois périodes, le nombre de nouveaux diplômés a évolué de la façon suivante : 465 entre 1987et 1997 ; 1048 entre 1998 et 2005 ; 2390 entre 2006 et 2010[94].

Du fait des effectifs pléthoriques d'étudiants et des capacités d'encadrement insuffisantes, un numerus clausus a été introduit en 2003-2004 afin qu'une formation de qualité soit dispensée. Il devait permettre de réguler le nombre de médecins diplômés à 370 par an[95]. Aucune mise à jour des informations relatives aux capacités d'accueil de la FMPO n'a pu être faite par l'équipe d'évaluation faute de disponibilité des responsables de la FMPO pendant l'évaluation. Toutefois, en 2015, la DRH signale l'existence de 2000 « médecins au chômage ou en précarité »[96]. Si cette information ne révèle rien quant à la qualité des médecins diplômés disponible sur le marché du travail, elle suggère toutefois que le Mali ne rencontre pas à cette date de pénurie dans cette catégorie de personnel. D'autant que s'ajoutent aux effectifs de diplômés par la FMPO ceux de la faculté privée de médecine ouverte en 2009.

La formation des paramédicaux est assurée au Mali par l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) et par un grand nombre d'établissements privés dont le nombre est passé d'une trentaine en 2008[97] à 75[98] en 2009[99] Certains de ces établissements ne respectent pas les normes de création et de fonctionnement, et ouvrent avant même de disposer de l'autorisation de création qui relève du Ministère de l'Education, le Ministère de la Santé n'émettant qu'un avis consultatif. Une grande partie des établissements privés se situe à Bamako.

L'équipe d'évaluation n'ayant pas réussi à rencontrer les responsables de l'association de ces établissements, aucune mise à jour n'est disponible pour ce qui concerne les capacités d'accueil des établissements privés, leur production et la qualité de leur formation. Toutefois, l'évaluation faite du PDDSS signalait en 2010 des problèmes sérieux quant à la qualité des personnels formés dans ces établissements. Les nombreux échanges que l'équipe d'évaluation a eus avec d'autres acteurs du système de santé laissent entendre que ces problèmes ne seraient pas résolus en 2015.

Pour ce qui concerne l'INFSS, l'institut doit encore faire face à des défis quant à la qualité de ses formations en raison des effectifs pléthoriques d'étudiants. On recense une moyenne de 62 étudiants par classe selon les entretiens menés au cours de l'évaluation[100]. Le recours aux formations à distance grâce à l'installation sur les sites de l'INFSS d'outils de communication modernes (vidéo conférence, etc.) pourrait

---

[94] CPS/SSDSPF, 2011, Evaluation externe du plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007, USAID/Measure Evaluation/ATNPlus, aout, p64.
[95] Idem
[96] Secrétariat General/MSHP, sans date, Note technique sur la médicalisation des aires de sante (CSCOM), p2.
[97] CPS/MSHP, 2009, Développement des ressources humaines pour la santé – Politique Nationale, Document ronéotypé, décembre, p19.
[98] Les auteurs de l'évaluation du PDDSS signalent même dans leur chapitre sur les RHS que les responsables de l'association d'établis-sements privés estiment que ce chiffre devrait être doublé pour mieux refléter la réalité (note 15, p63).
[99] Observatoire de ressources humaines pour la santé de l'Afrique, Union Européenne, Global Health Workforce Alliance, WHO, 2009, Profil en ressources humaines pour la santé- Nom du pays : Mali, p37.
[100] Les effectifs dans les filières de formations de techniciens supérieurs de sante (biologie médicale, Infirmier d'Etat et sage-femme d'Etat) étaient de 259, 284 et 358 étudiants accueillis dans l'ensemble des sites de l'INFSS au cours des années scolaires 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

constituer un élément de réponse à ce problème et permettre aux étudiants de suivre des cours magistraux de façon virtuelle (entretiens de l'équipe d'évaluation à l'INFSS, novembre 2015).

Le niveau de recrutement dans les établissements de formation et l'implantation d'établissements en région

L'INFSS propose des formations de techniciens supérieurs de santé de niveau License (recrutement au niveau baccalauréat), et des post-formations d'assistants médicaux du niveau Master (recrutement au niveau des techniciens supérieurs de santé ou niveau équivalent dans le domaine de la santé). Ayant réformé son système de recrutement depuis 1997, avant que le principe LMD (Licence-Maitrise-Doctorat) ne soit devenu obligatoire (en 2012[101]), la première promotion de techniciens supérieurs de santé recrutés au niveau du baccalauréat est sortie en 2014. Par ce biais, le Mali s'est donc donné les moyens de relever le niveau de son personnel paramédical jusque-là recruté au niveau du diplôme d'études fondamentales (DEF) équivalent au BEPC (Brevet d'Etudes du Premier Cycle).

En plus de l'école centrale située à Bamako, l'INFSS propose des formations dans les régions (Kayes, Mopti, Ségou, Sikasso) pour les techniciens supérieurs de santé et suggère, comme d'autres acteurs rencontrés lors des entretiens menés au cours de l'évaluation, le recrutement par concours de la fonction publique localement dans les régions pour faciliter le maintien des agents recrutés dans les postes. Selon l'équipe d'évaluation, cette mesure pour être pleinement efficace devrait être complétée par la décentralisation des postes budgétaires dans les régions[102].

L'approche par les compétences

L'INFSS a adopté l'approche par compétence qui renforce la qualité de la formation des paramédicaux en s'assurant des acquis de ses étudiants avant qu'ils ne puissent se présenter aux examens de certification. Cette approche n'est pas encore adoptée dans les organismes de formations privées qui continuent à appliquer l'approche classique. Des taux de réussite plus élevés aux examens de certification sont mentionnés lors des entretiens menés dans le cadre de l'évaluation pour les étudiants provenant de la formation de l'INFSS[103] comparativement aux étudiants provenant des formations privées. Par ailleurs, ayant expérimenté depuis un certain nombre d'années cette approche, l'INFSS accompagne son personnel enseignant vacataire provenant de la FMPO en le formant à cette approche. La FMPO, avec l'appui du projet DECLIC est elle aussi en train d'adopter cette approche.

L'encadrement des stages pratiques : création des CSCOM-U

La création de CSCom à vocation Universitaires (CSCOM-U) dans chacune des régions dans lesquelles l'INFSS est implanté (Bamako, Kayes, Mopti, Ségou, Sikasso) avait pour objectif d'améliorer la formation des étudiants de la FMPO et de l'INFSS en leur offrant des lieux de stages de qualité. Avec l'appui financier de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI), et l'appui technique du projet DECLIC[104], ces CSCOM-U, au nombre de 5, ont été dotés d'infrastructures et de matériel médical de gammes supérieures à ce qui existait jusque-là dans les CSCom. Leur personnel a accès à des programmes de perfectionnement professionnel sur divers thèmes, et est appuyé dans la mise en œuvre d'activités de suivi et d'évaluation de la performance clinique et pédagogique ainsi que dans la réalisation de projets de recherche couvrant les divers champs d'intérêt de la médecine communautaire. Ces appuis aux CSCOM-U sont complétés par des appuis aux ASACO qui en sont responsables : formations des membres des ASACO en gestion administrative et financière, en matière de mobilisation sociale. Les appuis techniques

[101] Harmonisation imposée par l'OOAS (Organisation Ouest-Africaine de la Santé)
[102] Comme cela est déjà applique au Niger, les salaires sont liés aux postes d'une région précise. Toute demande de mutation doit donc être justifiée par l'existence d'une ligne budgétaire dans la région dans laquelle la personne souhaiterait être mutée.
[103] Taux de réussite moyen estimé entre 82 et 91% au cours des 3 dernières années scolaires 2011-2012 ; 2012-2013 et 2013-2014
[104] http ://www.projetdeclic.org/asaco--cscom-u.html consulté le 17 décembre 2015.

et financiers aux CSCOM-U et à leurs ASACO, combinés aux apports des résidents et des stagiaires, permettent d'offrir des soins de qualité.

Au-delà de toutes ces avancées, de nombreux défis ayant un impact sur la qualité des RHS demeurent au niveau des formations initiales :

- Ouvertures d'établissements de formations privés non contrôlés ;
- Insuffisance de matériels didactiques et de bibliothèques ;
- Bas niveau du ratio d'encadrement des étudiants dans les cours et sur les lieux de stage ;
- Absence de régulation du mouvement des vacataires entre établissements hospitaliers et établissements d'enseignements ;
- Insuffisance de lieux de stage dans les établissements hospitaliers de référence proposant un environnement d'apprentissage de qualité qui constitue une condition importante pour garantir une qualité des compétences transmises aux stagiaires reçus (Voir sections 4.1 Gouvernance et 4.6 Prestations de services).

b. Renforcement de la formation continue

En 2015, le MSHP ne dispose pas encore d'une stratégie nationale pour la formation continue du secteur de la santé qui permettrait d'orienter les actions dans ce domaine de façon coordonnée. Toutefois, à la demande du MSHP, avec l'appui de l'ACDI, un état des lieux, paru en 2014[105] à partir des données des Plans Opérationnels et des Rapports d'Activités de 2009 et de 2010, a été mené pour répondre à cet objectif. Il met en évidence que :

- Les formations programmées sont variablement réalisées (environ 37 % en 2009 ; 22 % en 2010) ;
- Une partie des formations réalisées n'étaient pas programmées ;
- La majorité des formations programmées et réalisées sont des formations de courte durée (ateliers, séminaires) ;
- Une partie des formations réalisées à l'extérieur sont disponibles au Mali et une partie des formations réalisées en Europe auraient pu l'être en Afrique de l'Ouest ;
- Le financement des formations continues provient principalement des PTF hors ABS (56,2 % du montant total en 2009 ; 46,5 % en 2010), de l'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS : 28 % du montant total en 2009 ; 35 % en 2010. En particulier, 87 % du financement des formations réalisées au niveau des régions proviennent du fonds ABS). L'Etat a contribué à hauteur de 7 % en 2009 et de 8 % en 2010. Les fonds propres des structures contribuent quant à elles à hauteur de 10 % au cours de ces deux années ;
- Ce sont les structures centrales qui ont le plus bénéficiées de financement pour les formations continues en 2009 et en 2010 (52 % du financement global en 2009 et 60 % en 2010) alors que ces formations pour le personnel des structures centrales ne représentent que 13 % des formations réalisées en 2009 et 14 % en 2010.

Cet état des lieux montre également :

1. Des faiblesses dans le SNISS et un manque de relations entre le sous-système d'information sanitaire du personnel et le fichier solde ;

[105] CISFRECOM, DRH, 2014, Etude pour l'élaboration de la stratégie nationale de formation continue du secteur de la sante (Etape : Etat des lieux) – Rapport final, ACDI, aout, 56p.

2. Des faiblesses dans les Plans Opérationnels qui ne fournissent pas tous les éléments nécessaires relatifs aux formations continues (nombre de personnes concernées, profil des bénéficiaires, thèmes des formations) ;
3. L'absence d'informations relatives aux agents n'ayant pas bénéficié de formation continue depuis un certain temps ;
4. L'absence de mécanismes de suivi-évaluation post-formation pour les formations effectuées.

c. Renforcement du suivi-évaluation des formations

A la suite de la sous-section précédente, le renforcement du suivi-évaluation des formations continues apparait comme une nécessité. Toutefois, les objectifs de la politique visaient aussi à renforcer le suivi et l'évaluation de la formation par la mise en place d'un inspectorat technique chargé de superviser et d'évaluer le travail des enseignants, et en développant un système d'évaluation des enseignants, des formations et des étudiants. Dans les faits, cet inspectorat n'est toujours pas mis en place en 2015.

4.3.4 Conclusions

Deux avancées majeures sont relevées en 2015 :

1. L'inventaire systématique des agents de santé présents sur tout le territoire est disponible. Avec le soutien de l'Etat et des partenaires extérieurs, la Direction des Ressources Humaines (DRH) dispose en 2015 d'un Système d'Information de Gestion des Ressources Humaines (SI-GRH). Le système est effectif au niveau central et est régionalisé. Il est mis à jour quotidiennement et sert à la planification pour améliorer les prises de décisions. Grâce à cet outil, la DRH est en mesure de définir les besoins en personnels de santé au niveau national, et de proposer les répartitions géographiques répondants aux besoins nationaux, régionaux et opérationnels. L'existence de l'outil au niveau régional permet aux régions sanitaires de définir leurs besoins et de préciser la meilleure répartition au niveau opérationnel. En outre, le SI-GRH étant une des composantes du sous-Système d'Informations Administratives et Financières (SIAF) devant alimenter à terme le SNISS, participera, une fois que l'ensemble des sous-systèmes seront intégrés à l'élaboration de la cartographie sanitaire globale du Mali (voir les enjeux et les défis sur cette question à la section 4.4 Système d'Information Sanitaire).
2. Des efforts de recrutements dans le secteur santé ont été consentis par l'Etat malien jusqu'en 2011. Le niveau annuel de recrutement des fonctionnaires a progressivement évolué de 312 agents en 2008, à 378 en 2009 et 482 en 2010. En 2012, du fait de la crise politique et militaire, aucun recrutement n'a été fait par l'Etat, les priorités nationales ayant été réorientées en faveur de la paix, de la sécurité et de l'agriculture. Globalement, au cours de cette période, le budget de l'Etat pour le recrutement des agents de santé est passé de 1,0 milliards en 2010 à 609 millions en 2015 alors que des efforts considérables restent à faire en termes de recrutements (DRH, note technique sur la médicalisation des aires de santé - CSCom ; entretiens avec la DRH dans le cadre de l'évaluation, 2015). En effet, dans son Plan d'Opérationnalisation de 2015, la DRH estime ses besoins en agents de santé à 14307 d'ici 2023 si le Mali veut pouvoir suivre les recommandations de l'OMS de 23 personnels de santé qualifiés pour 10.000 habitants. Le Mali a enregistré une augmentation de plus de 25 % de ses RHS qualifiées (médecins, infirmiers et sages-femmes) entre 2009 et 2014. En 2014, le district de Bamako et la région de Kidal disposent de RHS qualifiées pour 10 000 habitants qui correspondent aux niveaux les plus élevés comparés à ceux des autres régions du pays. Même si les niveaux observés n'atteignent pas les recommandations de l'OMS, la densité de RHS qualifiées par région comparée à la densité de population par région indique une forte concentration de RHS qualifiées dans le district de Bamako et des

besoins qui demeurent importants dans les régions de Mopti, de Ségou, de Koulikoro, de Kayes et de Sikasso.

Dans le contexte actuel, il est probable que la plus forte disponibilité de RHS qualifiées dans le district de Bamako explique en partie l'amélioration des indicateurs de santé des mères et des enfants de moins de 5 ans dans cette zone.

Si le Mali doit poursuivre, voir renforcer, ses efforts pour disposer en 2023 d'un nombre suffisant de personnel de santé qualifié conforme aux normes de l'OMS, des questions liées au financement de cette stratégie se posent et ce d'autant que les besoins en RHS qualifiées continueront à augmenter du fait du niveau élevé de la croissance démographique.

En effet, comme le précise en 2015 la DRH dans sa note technique sur la médicalisation des aires de santé (CSCom), *« Si le Mali veut atteindre l'objectif fixé par l'OMS à savoir 23 personnels de santé (Médecin, Infirmier et Sage-femme) pour 10 000 Habitants, il lui faudra combler le Gap de 18,1 d'ici*

2023. Soit un recrutement de 1 700 personnels de santé par an. Pour atteindre cet effectif minimum, le budget annuel requis pour le recrutement devrait passer de 600 000 000 FCFA à 2 000 000 000 FCFA par an, soit une augmentation de 333 % pendant les 5 prochaines années ».

En outre, la question liée à une répartition équitable de ces personnels demeure au niveau national. En effet, la répartition des RHS reste toujours favorable aux zones urbaines avec une forte concentration dans le district de Bamako.

Au-delà des questions relatives aux catégories d'agents qualifiés, certaines problématiques se posent de façon cruciale quant au rôle des ASC en tant qu'interface entre les communautés et les services de santé afin de continuer à améliorer l'accès aux soins. Malgré la volonté apparente du MSHP en 2015 de les voir jouer un rôle important dans le dispositif d'accès aux soins de santé (Stratégie SEC), la pérennisation de leur prise en charge financière demeure problématique tout comme leur encadrement technique (en premier lieu par le personnel des CSCom mais aussi par les ECD) et la qualité de leur formation (pour l'essentiel sortis des formations privées dont l'encadrement n'est pas contrôlé).

Plusieurs défis apparaissent pour ce qui concerne les recrutements et les affectations. Si la DRH et les DRS disposent maintenant des outils permettant une bonne planification des besoins nationaux et opérationnels tenant compte des zones dans lesquelles doivent être affectés en priorités les agents de santé, d'une part leurs décisions ne se base toujours pas sur des cadres organiques mis à jour, d'autre part ne sont pas suivies dans les faits par les décideurs : au niveau national, les décisions dépendent du Secrétariat Général du MSHP ; et au niveau régional, du gouverneur. Il serait donc souhaitable que les affectations soient dorénavant faites sur la base des données factuelles produites à partir d'outils de planification disponibles à tous les niveaux.

Par ailleurs, afin d'améliorer la répartition des agents de santé de façon plus équitable sur le territoire national, différents acteurs du système de santé interrogés pendant l'évaluation recommandent un recrutement par voie de concours non plus au niveau national mais au niveau régional. L'équipe d'évaluation suggère que cette recommandation soit complétée par la décentralisation des postes budgétaires dans les régions.

Pour ce qui concerne les motivations, des efforts ont été faits globalement quant à la revalorisation des salaires des agents de la fonction publique nationale et une harmonisation existe pour les agents des collectivités territoriales dans le cadre de la mise en place de la fonction publique des collectivités. Cette formule qui permet un traitement égal de tous les agents ne tient cependant toujours pas compte de leur niveau de performance. En outre, une réflexion plus stratégique doit être menée sur les mécanismes incitatifs pour les agents de l'Etat lors des affectations dans les zones difficiles voire très difficiles en relation avec la gestion des carrières. Cette réflexion devrait se dérouler dans le cadre d'un dialogue comprenant l'ensemble des ministères. L'expérience du « FBR à la malienne », menée dans le secteur de la santé dans le cadre de l'OMD5 pourrait dans ce sens constitué la base de cette réflexion (voir section Financement et annexe 3).

Tableau 4.3.4 Forces, Faiblesse, Menaces, Opportunités

	ÉQUITÉ ET ACCÈS	EFFICIENCE	QUALITÉ	PÉRENNISATION
Forces et Opportunités	Existence d'une Politique nationale des RHS Disponibilité SI-GRH pour améliorer la répartition Existence stratégie SEC/mise à disponibilité ASC dans zones rurales	Existence d'une Politique nationale des RHS Existence d'une DRH Disponibilité SI-GRH pour améliorer la planification Expérience FBR ayant démontré des effets favorable sur la motivation du personnel au niveau opérationnel	Important dispositif d'établissements de formation publics et privés Existence CSCOM-U pour améliorer la qualité des formations pratiques initiales Recrutement au niveau Bac a l'INFSS depuis 1997- 1ere promotion sortie en 2014 Disponibilité SI-GRH pour améliorer la répartition Adoption approche par compétences dans cursus formations initiales INFSS Opportunité d'amélioration de la motivation du personnel, de la qualité des prestations, du suivi-évaluation et de l'utilisation des services en prenant en considération l'expérience FBR	Production nationale des RHS en quantité suffisante
Faiblesses et menaces	Non-respect des propositions de recrutement sur la base du SI-GRH par les niveaux de décision Inexistence plan de motivations en lien avec gestion des carrières	DRH insuffisamment pourvue en personnel qualifié/cadre organique (41 sur 73 prévus dont 3 formés en RH) Non-respect des propositions de recrutement sur la base du SI-GRH par les niveaux de décision Secteur privé insuffisamment pris en considération dans SI-GRH Inexistence plan de motivations en lien avec gestion des carrières Cadres organiques non mis à jour et non respectés Faute de moyens financiers pérennes, incapacité à recruter les ASC qui amélioreraient la qualité des soins dans les zones rurales Formations continues réalisées à l'extérieur alors qu'elles sont disponibles au Mali Formations continues effectuées en Europe alors qu'elles sont disponibles en Afrique de l'Ouest Absence suivi-évaluation des post formations Manque de relations SI-GRH-solde Expérience FBR non exploitée	Non-respect des propositions de recrutement sur la base du SI-GRH par les niveaux de décision Inexistence plan de motivations en lien avec gestion des carrières Inexistence plan de formation continue Manque contrôle/inspection formations initiales privées Absence respects des normes/standard dans les EPH influence formations pratiques initiales Capacités d'accueil, encadrement limités, manque matériels pédagogiques INFSS Expérience FBR non exploitée	Non-respect des propositions de recrutement sur la base du SI-GRH par les niveaux de décision Affaiblissement des financements publics pour les recrutements en RHS qualifiées et pour les ASC Financement de l'ABS en perte de vitesse Financements extérieurs non programmes non alignés sur les priorités nationales

4.3.5 Recommandations

Baser les décisions de répartition des agents de santé sur les données factuelles provenant du SI-GRH : afin d'améliorer la répartition des agents de santé de façon plus équitable sur le territoire national, les décideurs doivent s'engager à prendre en compte les propositions faites par la DRH et les DRS à partir des données factuelles du SI-GRH permettant une bonne planification des besoins nationaux et opérationnels tenant compte des zones dans lesquelles doivent être affectés en priorités les agents de santé.

Recruter par voie de concours au niveau régional et associer cette mesure à la décentralisation des postes budgétaires dans les régions : un recrutement par voie de concours au niveau régional est fortement recommandé et devra être complété par la décentralisation des postes budgétaires dans les régions.

Renforcer la qualité des formations initiales des établissements privés par la création d'un inspectorat : l'existence de nombreux établissements de formations initiales constituera une opportunité pertinente, et non plus une menace, pour le système de santé malien, si, et seulement si la qualité des formations du secteur privé est privilégiée à travers la mise en place d'un inspectorat tel que prévu dans les documents de politique de la DRH.

4.4 Gestion des produits pharmaceutiques

La gestion des produits pharmaceutiques « représente l'ensemble des activités visant à assurer la disponibilité régulière et l'utilisation appropriée de médicaments, de produits liés à la santé et de services fiables, efficaces et de qualité dans toutes les structures sanitaires ». L'amélioration de la gestion des produits pharmaceutiques est un impératif car d'elle dépend dans une large mesure la qualité, le coût et l'impact des soins sur la santé de la population.

La gestion des produits pharmaceutiques concerne à la fois les secteurs public et privé. Elle s'impose d'une façon ou d'une autre au secteur privé, mais elle semble rester encore peu maîtrisée par le secteur public qui évolue encore essentiellement selon une logique administrative et qui ne semble pas encore percevoir les enjeux de ce domaine.

Le module de gestion pharmaceutique permet d'évaluer les politiques, les lois et les réglementations relatives au secteur pharmaceutique, la sélection des produits, l'approvisionnement, l'entreposage, la distribution, la bonne utilisation, la disponibilité des produits pharmaceutiques, l'accès à des produits et services pharmaceutiques de qualité et les mécanismes de financement des produits pharmaceutiques.

L'évaluation n'a pas porté sur l'entièreté des éléments constitutifs du pilier « produits médicaux essentiels, vaccins et technologies » selon la définition de l'OMS. En référence aux orientations données pour le champ d'évaluation par les autorités nationales, l'évaluation a porté sur la gestion pharmaceutique. On notera que les aspects portant sur la technologie médicale n'ont pas été couverts par cette évaluation. De même la médecine traditionnelle n'a pas été traitée de manière exhaustive. Elle n'a été abordée pour les besoins de cette évaluation que par rapport à quelques aspects généraux s'y rapportant tels que : la place dans de la MT dans l'architecture générale du secteur pharmaceutique, la législation y afférente, et la production des médicaments améliorés.

4.4.1 Sous-secteur pharmaceutique

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) est issue de la politique sectorielle de santé et de population. Elle a pour but de rendre accessible géographiquement et financièrement les médicaments essentiels (ME) de qualité.

Un schéma national d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDAME) existe depuis 1996. Il décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicament essentiels (ME) de la politique sectorielle de santé. Il sert à opérationnaliser la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).

Le renforcement et le suivi de la gestion du système pharmaceutique nécessite une meilleure définition des missions des acteurs et une description adéquate des procédures.

Ainsi donc la mise en œuvre de la PPN fait intervenir des institutions et organisations professionnelles suivantes :

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) créée en 2000, est l'Autorité Nationale de Réglementation pharmaceutique (ANR). La DPM est chargée du suivi de la mise en œuvre du SDAME. Elle est l'organe centralisateur et de diffusion des informations relatives au secteur pharmaceutique. Elle est accompagnée dans sa mission par :

- ***Le Laboratoire National de Santé (LNS)***, chargé du contrôle analytique des médicaments, sur le réseau national de distribution ;
- ***L'Inspection Pharmaceutique***, qui est une unité de l'Inspection de la Santé (IS) (la loi N°94014 du 25 avril 1995 porte création de l'Inspection de Santé de l'action sociale). L'inspection pharmaceutique est chargée du contrôle du respect de la législation, de la réglementation et des procédures ;
- ***La Pharmacie Populaire du Mali (PPM)***, organe d'exécution de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en matière d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments essentiels (ME). A cette fin, l'État a signé un contrat plan avec la PPM. Ce contrat plan constitue le cadre juridique définissant les relations entre l'Etat et la PPM ;
- ***Le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS)*** qui en collaboration avec la DPM conçoit des outils et des supports. Ces supports sont utilisés par les structures opérationnelles, les ONG et les autres partenaires conduisant des activités opérationnelles ;
- ***L'Ordre National des Pharmaciens*** qui veille aux principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de la profession sur toute l'étendue du territoire malien par l'intermédiaire des conseils centraux et des conseils régionaux. Il veille également au respect du code de déontologie médicale. Il est institué par la loi n°86-36/AN-RM du 12 avril 1986. C'est un organisme professionnel doté de la personnalité civile et agissant sous sa seule responsabilité.

Aux côtés de ces institutions, la médecine traditionnelle est reconnue et intégrée dans le système de santé malien. Le Département de la Médecine Traditionnelle (DMT) joue donc un rôle officiel et a en charge la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle (MT) avec essentiellement deux objectifs :

- Organiser le système de MT pour assurer sa complémentarité avec la médecine conventionnelle ;
- Fabriquer des médicaments efficaces ayant un coût relativement bas et dont l'innocuité est assurée.

4.4.2 Politiques, lois, et réglementation pharmaceutique

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) du Mali a été adoptée en 1998. Elle est intégrée à la politique nationale de santé et organise tout le secteur pharmaceutique. Issue de la politique sectorielle de santé et de population, la PPN a pour but de rendre accessible géographiquement, et financièrement les médicaments essentiels (ME) de qualité à la population y compris ceux de la pharmacopée traditionnelle et les produits sanguins sécurisés. L'accès permanent des populations à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces, accessibles géographiquement, financièrement, et utilisés de façon rationnelle, constitue un objectif majeur du MSHP dans le cadre du PRODESS III.

À cet effet, des dispositions réglementaires ont été prises. Les textes législatifs réglementant l'activité pharmaceutique au Mali sont :

- La loi n°85-41/AN-RM portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires (dont pharmaceutiques, article 4) ;
- La loi n°86-36/AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre national des pharmaciens ;

- Le code de déontologie annexé à la loi n°86-36/AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre national des pharmaciens ;
- Le décret n°92-106/P-RM du 15 mars 1991 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires (chapitre VI) ;
- Le décret n°94-350/P-RM portant exonération au cordon douanier des médicaments essentiels, réactifs, produits à usage odonto-stomatologique, produits et matériels de diagnostic, et de soins (Article 1 sur les droits ; article 2 sur la LNME) ;
- Le décret n°95-009/P-RM du 11 juin 1995 instituant un visa des produits pharmaceutiques ;
- L'arrêté n°91-4318/MSP.AS.PF/CAB fixant les modalités d'organisation de l'exercice privé des professions sanitaires dans le secteur pharmaceutique et d'opticien-lunetier.

S'ajoutent aux textes précédents, les textes spécifiques au Département de Médecine Traditionnel (DMT)

- Sur le plan législatif et réglementaire, le Gouvernement de la République du Mali a fixé les conditions d'ouverture des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) par le décret no94-282/PRM du 15 août 1994 ;
- L'arrêté no95-131/MSS-PA du 22 juin 1995 fixe quant à lui les règles d'organisation et de fonctionnement des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels d'herboristeries de l'unité de production des MTA.

Et enfin, existent les textes réglementant la mise sur le marché des médicaments :

- L'arrêté interministériel n°05-2203/MS-MEP-SG du 20 septembre 2005 détermine les modalités de demande des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des médicaments. Dans ce cadre, avant leur importation au Mali, les produits doivent être homologués par le niveau central. La DPM en tant qu'autorité de réglementation (ANR) est chargée de délivrer les AMM maliennes. Tout produit n'ayant pas obtenu une AMM malienne ne peut être ni importé ni vendu au Mali sauf dérogation spéciale délivrée par la DPM. Une commission nationale des AMM devrait tenir des séances tous les trois mois, mais selon la DPM, ce chronogramme n'est pas respecté. En 2015, n'ont été tenues que deux commissions techniques d'enregistrement des produits, trois en 2014. Ce non-respect du chronogramme est dû principalement à une difficulté de mobilisation des fonds au niveau du Trésor Public à travers la Direction des
- Finances et du Matériel du Ministère de la Santé. Bien que collectant des fonds dans le cadre des AMM, le statut de la DPM lui impose de les reverser dans les caisses du Trésor Public et ne peut donc mobiliser ses ressources propres dans les délais raisonnables pour financer les différentes commissions techniques ;
- Les AMM des produits pharmaceutiques sont valables 5 ans. Toute modification mineure (Logo, graphisme etc.) ou majeure du produit ayant une AMM devrait faire l'objet d'un nouvel enregistrement.

Ces textes contribuent à une amélioration de la gestion, de la législation et de la réglementation. Ils renforcent le marché de libre concurrence et la protection du public en termes de sécurité pharmaceutique et d'accessibilité financière. Cependant l'équipe d'évaluation a pu relever, lors des entretiens qu'elle a menés, le non-respect de la législation en vigueur et des insuffisances dans leur mise en œuvre conduisant notamment à des problèmes de gouvernance pharmaceutique. En outre, le manque de ressources humaines au niveau central, le manque de logiciel ou de répertoire actualisé permettant à l'ANR de valider dans les délais les autorisations d'importation ont également été mentionnés conduisant à des blocages en douanes qui impacte fortement la disponibilité des produits sur toute l'étendue du territoire.

Il y a donc lieu de revoir la coordination des activités pharmaceutiques au niveau central, de faciliter la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités, de renforcer les structures

centrales en ressources humaines et logistiques pour faciliter la mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique si le Mali veut faciliter l'accessibilité géographique, et financièrement des médicaments essentiels (ME) de qualité à la population.

4.4.3 Sélection des produits pharmaceutiques

La sélection des produits pharmaceutiques est un processus qui consiste à définir une gamme limitée de produits jugés nécessaires. Les critères de sélection sont : le profil épidémiologique du pays, l'efficacité, l'innocuité, la composition, les formes galéniques disponibles et le rapport coût/bénéfice. Cette sélection se fait au niveau national. La première liste nationale date de 1983. La liste des produits est fixée tous les deux ans par le MSHP. La liste par niveau est composée d'une part des médicaments inscrits dans les schémas thérapeutiques des pathologies prises en charge par le centre, d'autre part des médicaments alternatifs.

La liste nationale des ME est classée suivant la nouvelle classification OMS de mars 2013 :

- La liste des ME des CScom, dont le responsable est un infirmier comprend, 147 molécules en DCI correspondant à 257 médicaments différents en forme et dosage ;
- La liste des ME des CSCom médicalisés, dont le responsable est un médecin, comprend 217 molécules en DCI correspondant à 351médicaments différents en forme et dosage ;
- La liste des ME des CSRéf comprend 270 molécules en DCI correspondant à 450 médicaments différents en forme et dosage ;
- La liste des ME des Hôpitaux comprend 361 molécules en DCI correspondant à 559 médicaments différents en forme et dosage ;
- En 2015, la liste globale (tous niveaux confondus) comprend 366 molécules en DCI correspondant à 566 médicaments différents en forme et dosage. Ce sont 67 médicaments supplémentaires qui ont été ajoutés sur la liste de 2015 par rapport à celle de 2010 qui comportait alors 499 médicaments.

La LNME est révisée tous les deux ans, sa diffusion sous format papier n'est pas possible pour toutes les structures faute de moyens. La DPM en tant qu'ANR priorise la diffusion sous version électronique par manque de moyens financiers. Mais la majorité des structures ne dispose pas de matériel informatique fonctionnel. En outre, même lorsque la LNME est envoyée aux responsables des structures, les professionnels du médicament n'y ont pas toujours accès par manque de moyens logistiques (ordinateurs, clefs USB, imprimantes, feuilles pour impression).

Un focus a été fait par l'équipe d'évaluation sur la disponibilité de la liste de médicaments mère-enfant composée de 12 médicaments dit < du panier » au niveau des structures. Bien que cette liste doive toujours être affichée et que le taux de disponibilité de tous les produits doive être de 100% dans chaque structure sanitaire, dans la pratique, elle ne l'est pas toujours.

4.4.4 Approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement comprend l'ensemble des installations de stockage et le réseau de distribution par lequel les produits sont acheminés du fabricant au client (installations portuaires, entrepôt central, dépôts régionaux, dépôts de district, ensemble des points de prestation de services et les véhicules de transport).

Le système logistique a pour but d'assurer :

- Le *BON* produit
- Dans de *BONNES* conditions
- En *BONNE* quantité
- Au *BON* moment

- Au *BON* endroit, et
- Au *BON* coût[118]

Communément appelés les « 6 BONS », ils résument les domaines sur lesquels agir pour assurer un système logistique efficace du point de vue de la qualité, du stockage, de la disponibilité, de l'approvisionnement (central et site), dans les délais et aux meilleurs prix.

Le délai de livraison est l'intervalle entre le moment où un produit est commandé, et le moment où il est réceptionné et prêt à l'usage. Le fait que Mali soit un pays sans débouché maritime dont l'étendue du territoire est vaste (superficie de 1 241 238 km2), contribue à l'allongement voire au non-respect des délais de livraison par les fabricants et les grossistes, ce qui régulièrement provoque des ruptures (selon les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation, 2015).

a. Le système national d'approvisionnement

La Production locale : En 2015, le Mali ne dispose pas d'une véritable unité de production industrielle pouvant répondre aux besoins actuels. L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP), dans laquelle l'Etat était actionnaire, rencontre des difficultés de production. Selon les personnes ressources interrogées dans le cadre de l'évaluation, l'UMPP ne répond pas à certains critères internationaux de conformité relatifs aux locaux et aux appareils. Les coûts de production et de vente des produits qu'elle propose sont relativement plus élevés que ceux des produits importés. Alors que l'UMPP avait besoin d'apports réguliers des fonds de l'Etat pour faire face à ses différentes dépenses, l'Etat a choisi de se désengager de l'UMPP car la quantité des produits fabriqués ne permettait pas de satisfaire ses besoins. En outre, l'Etat voulait favoriser un partenariat UMPP avec d'autres partenaires.

Une deuxième unité de production nommée HUMAN HUWEL vient de voir le jour. Peu d'informations ont pu être recueillies pendant l'évaluation concernant sa production (produits fabriqués) et sa capacité à satisfaire la demande du marché malien.

Le manque de conditions qui permettraient de promouvoir une industrie pharmaceutique nationale ne remet cependant pas en cause l'intérêt pour le Mali qu'il y aurait techniquement à développer une telle industrie au niveau national pour améliorer la disponibilité des produits pharmaceutiques et palier certaines ruptures sur les sites constatées pendant l'évaluation. La présence d'une unité de production pharmaceutique permettrait de réduire le coût du transport, les délais de livraison jugés trop longs et surtout rarement respectés, d'alléger les procédures d'appel d'offre internationaux, et de mieux satisfaire les besoins exprimés.

En ce qui concerne les ***Médicaments Traditionnels Amélioré*** (MTA) à défaut de producteurs de MTA à l'échelle industrielle, le DMT procède à une production artisanale.

Les problèmes actuels du DMT se situent au niveau des équipements techniques, de la production à échelle des MTA, de la faible collaboration entre les thérapeutes traditionnels et les professionnels de santé conventionnels pour leur intégration dans le système de santé. Le manque de capacité du DMT à satisfaire la demande ainsi que la « prolifération » des structures de tradi-thérapeutes qui ne respectent pas la réglementation en vigueur sont des éléments relevés par l'équipe d'évaluation.

Il a été également relevé la qualité et l'importance de certains MTA tels que : L'Hépatisane, le gastrosédal, le Malarial, le Laxacacia, le sirop Balembo, etc. De tels médicaments sont intégrés dans la LNME. Leurs coûts sont relativement bas par rapport aux médicaments de la même classe utilisés dans la médecine conventionnelle. La valorisation et la disponibilité des MTA apparait aussi comme pouvant améliorer l'accessibilité aux ME par les populations.

En dehors des produits issus de la production nationale, le système national d'approvisionnement importe des produits pharmaceutiques en faisant appel à des fournisseurs extérieurs.

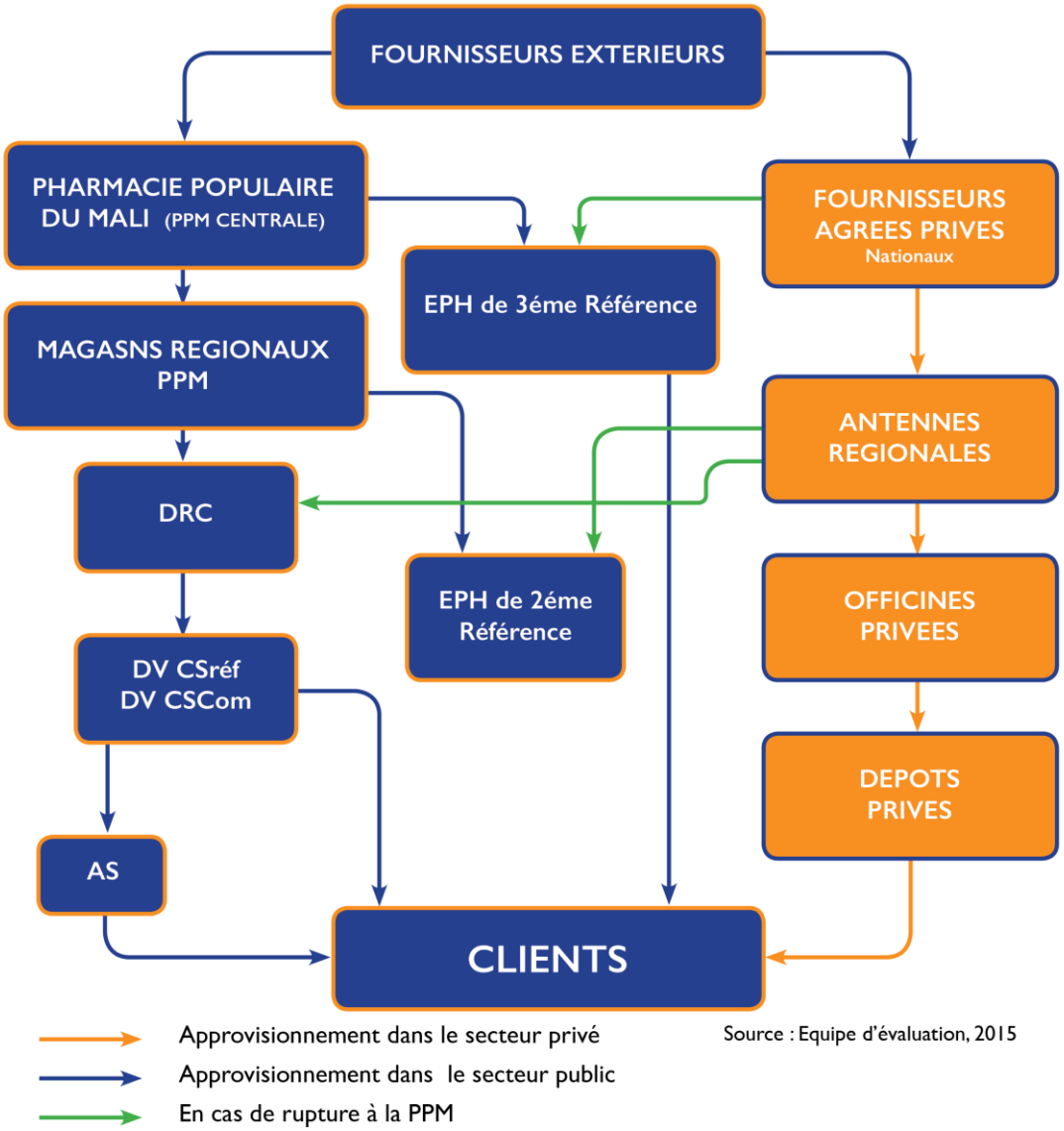
L'approvisionnement du secteur pharmaceutique est assuré non seulement par la PPM mais aussi par les grossistes privés agréés (Figure 4.4.1).

Dans le secteur public, l'approvisionnement pharmaceutique se conforme à la configuration pyramidale du système de santé. Il est organisé de la façon suivante :

- ***L'approvisionnement national*** des médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI) est assuré par la PPM, par appel d'offre international, sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement. Cette stratégie est privilégiée par l'État ;
- ***L'approvisionnement des régions***, assuré par la PPM à travers ses magasins régionaux, est basé sur le système de réquisition. Les hôpitaux des régions (EPH de seconde référence), et les EPH de troisième référence s'approvisionnent respectivement au niveau des magasins régionaux et de la PPM au niveau central ;
- ***L'approvisionnement des districts sanitaires et des CSCom*** : Les Dépôts Répartiteurs de Cercle (DRC) s'approvisionnement auprès des départements régionaux dont ils relèvent administrativement. Quant aux dépôts de vente (DV) des CSRéf et des CSCom (structures privées à but non lucratif ayant une mission de service public), ils s'approvisionnement au niveau de leur DRC ;
- ***L'approvisionnement des ASC*** est assuré par les dépôts de vente des CSCom de l'aire de santé dont ils dépendent.

Dans son plan stratégique, la PPM a retenu d'aller jusqu'au niveau CSCom pour la livraison des commandes. La PPM est donc représentée dans toutes les régions par ses départements régionaux à l'exception de la région de Kidal située dans une zone politique instable depuis plusieurs années.

Figure 4.4.1. Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali



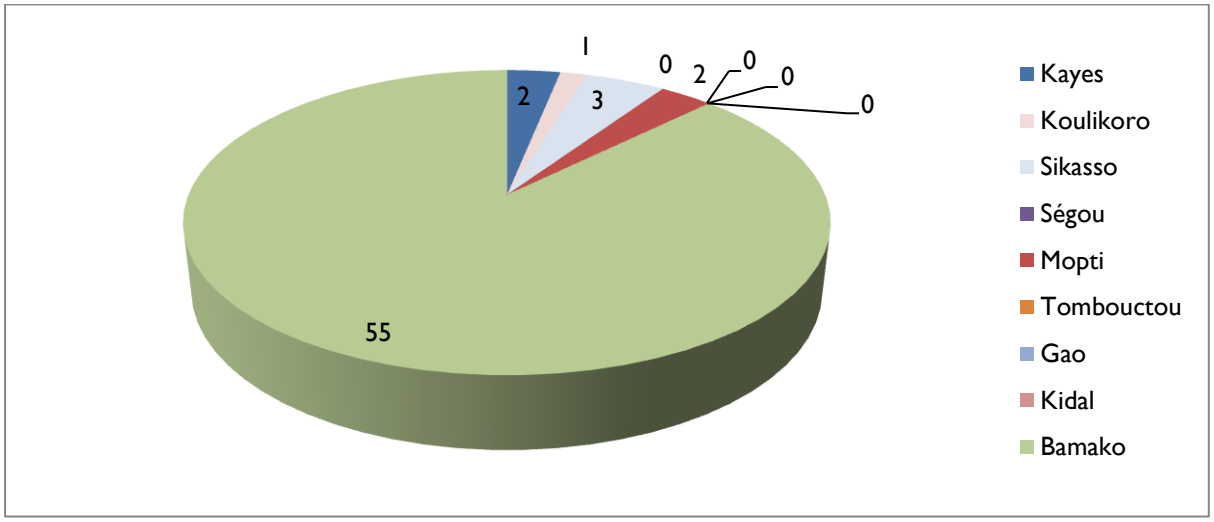
Source : Equipe d'évaluation, 2015

La sécurisation du système d'approvisionnement dans le secteur public se base sur le principe des dotations initiales qui sont vendues aux patients selon le principe de recouvrement des coûts. Ce principe permet de consolider le système et de constituer un fonds de roulement au niveau de chaque établissement sanitaire. Le système n'ayant pas un but lucratif, aucun bénéfice n'est généré à partir du mécanisme de recouvrement des coûts. Seules les charges fixes et variables directement liées à la dispensation sont intégrées aux prix des médicaments vendus dans les établissements à but non lucratifs tels que définis dans le décret n°036218/P-RM du 30 mai 2003 (voir section 4.4.7 b.).

Le secteur pharmaceutique privé désigne quant à lui :

- Les établissements d'importation à but lucratif, communément appelés grossistes, officines et dépôts privés ;
- Les établissements à but non lucratif hors établissements ayant une mission de service public (CSCom) soumis à la règlementation du secteur public : les dépôts des structures confessionnelles, des fondations et des mutualités.

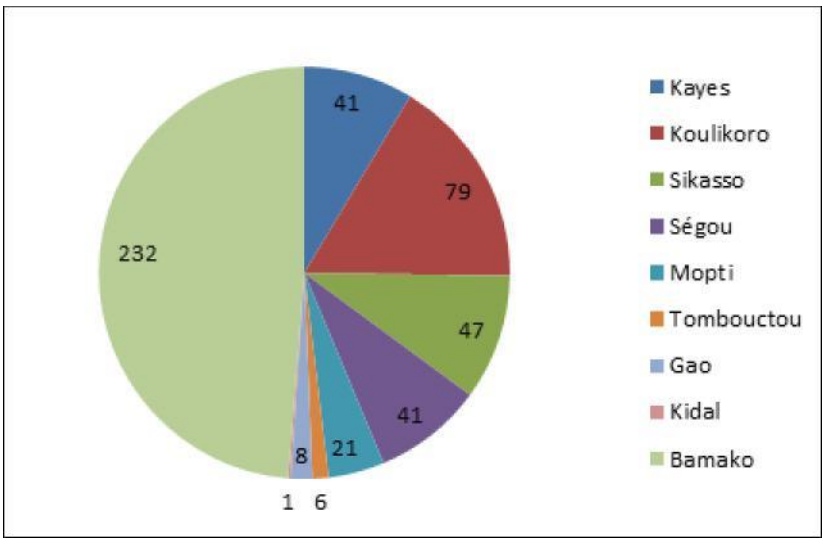
Figure 4.4.2 Répartition des grossistes privés par régions



Source : CPS, 2015, Annuaire 2013 SNISS, aout 2015, 270p.

En 2013, aucun grossiste privé agrée n'est recensé dans les régions de Ségou, Gao, de Tombouctou et de Kidal. Les officines privées sont au nombre de 476 réparties dans l'ensemble des régions du Mali. Le district de Bamako regroupe à lui seul 48,7 % d'entre-elles. (Figure 4.4.3).

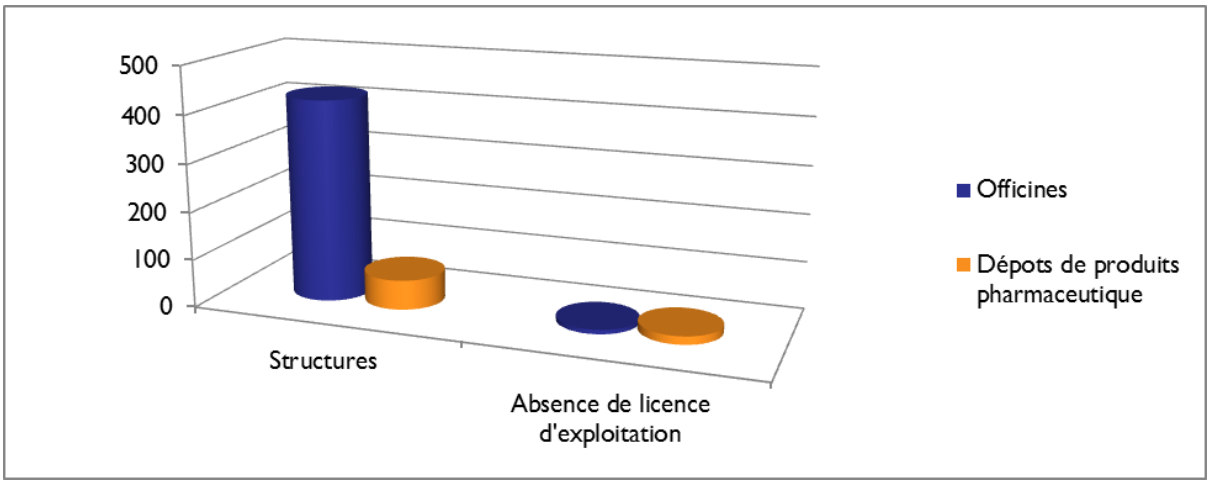
Figure 4.4.3 Répartition des officines pharmaceutiques par région



Source : CPS, 2015, Annuaire SNISS 2013, 270p.

Selon le « Rapport sur la mise à jour du répertoire des établissements de santé privés » produit par l'Inspection de la Santé en 2015, une partie des officines et des dépôts pharmaceutiques recensés dans le district de Bamako et dans les régions de Koulikoro, de Ségou et de Sikasso ne disposent pas des licences d exploitation règlementaires (voir Figure 4.4.4). Sans pouvoir extrapoler ces résultats avec certitude aux autres régions du Mali (Kayes, Mopti, Tombouctou, Kidal), il y a pourtant lieu de croire qu'une telle situation existe à l'échelle du pays. Selon l'Inspection de la Santé, la mise en application des décisions d'octrois et de fermeture de licence, est faite par le MSHP avec une lenteur administrative voire dans certains cas ne sont pas suivies de faits (informations transmises à l'équipe d'évaluation, 2015). L'IS n'a pas de pouvoir effectif pour la mise en application des propositions faites au MSHP quant à la fermeture des structures ne respectant pas la réglementation en attendant la signature des deux Ministres du MSHP et de l'Administration Territoriale.

Figure 4.4.4 Répartition des structures pharmaceutiques privées avec et sans licence d'exploitation au niveau de Bamako et des régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou.



Source : Inspection de la santé, 2015

En dehors des grossistes agrées et des fabricants, un réseau de vente de médicaments illicites et contrefaits existe. Malgré l'existence de textes réglementant ce problème leur application reste insuffisante ce qui pose des problèmes de sécurité vis-à-vis du public qui y accède et soulève ici un grave problème de gouvernance . L'existence d'une action coordonnée par la commission nationale multisectorielle est mise en place par décret pris en Conseil des Ministres depuis 2002. Cette commission comprend les différents départements ministériels impliqués, la société civile, la presse et les ordres professionnels. Cette commission a des démembrements au niveau régional et local. Les entretiens réalisés pendant l'évaluation ont permis de relever que ce comité est non fonctionnel au niveau régional.

b. Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL)

Le SIGL est la méthode par laquelle sont collectées et communiquées les informations permettant aux gestionnaires de stock de prendre les décisions dont ils ont besoin pour garantir la disponibilité des produits et le service aux clients. Chaque étape du cycle logistique nécessite d'être renseignée avec des informations de qualité pour fonctionner.

Le Système d'Information Pharmaceutique et du Laboratoire (SIPL) qui est une composante du sous-Système d'Information Sanitaire (SIS) vise à renseigner les indicateurs nationaux dans le domaine pharmaceutique et du laboratoire (voir section 4.5 Système d'Information Sanitaire). Mais le SIPL ne fournit pas toutes les informations relatives au domaine pharmaceutique (disponibilité, approvisionnement, achat, ...) dans l'annuaire SNISS. Les informations de l'annuaire SNISS 2013 paru en août 2015 portent essentiellement sur le taux de satisfaction des ordonnances au niveau des hôpitaux, la répartition des structures pharmaceutiques et des laboratoires mais ne donnent pas d'informations relatives à la situation des stocks.

Par ailleurs, selon le référentiel du SDAME, toutes les structures de gestion logistique devraient non seulement disposer des supports de gestion logistique prévus, mais aussi tenir à jour et transmettre les informations contenues dans ces supports à l'échelon hiérarchique supérieur selon la périodicité définie pour chaque niveau par le SDAME.

Dans la pratique, 65,1 % des structures mettent à jour les données logistiques requises (supports de gestion comportant les quantités distribuées, les quantités en stock et les pertes/ajustement). Ainsi, un peu plus d'un tiers des centres ne tient pas à jour ces données. Les CSRéf sont les centres qui tiennent à jour le plus fréquemment leurs données logistiques (91,7 %), tandis que respectivement seulement 50 % et 54 % des magasins PPM régionaux et des CSCom le font régulièrement selon les procédures correspondantes à leur niveau.

Selon l'étude menée par SIAPS qui a porté sur 30 % des structures à chaque niveau de la pyramide sanitaire, la soumission du rapport SIGL n'est pas une pratique courante alors que toutes les informations relatives au SIGL doivent être collectées et transmises à la DPM. Ainsi, sur l'ensemble des centres étudiés par SIAPS, 88,4 % n'ont jamais soumis au niveau supérieur le rapport contenant les données logistiques.

En plus des problèmes de rapportage qui viennent d'être relevés, aucun logiciel de suivi des produits n'est disponible au niveau des CSCom. En pratique, la compilation des informations relatives à la gestion des produits pharmaceutiques est donc faite au niveau des CSRéf/district. Une telle compilation introduit des risques d'erreur non négligeables et impacte sur la charge de travail des districts. La disponibilité de logiciels au niveau des districts et des régions sanitaires, appuyée par l'USAID (OPS – en français, Outil de Suivi des Produits) et l'UNFPA (Channel) ne résout donc qu'en partie le problème de la transmission des informations au niveau central. D'autres problèmes demeurent :

- L'existence de deux logiciels différents dans les districts et les régions ;
- La transmission du niveau opérationnel au niveau district comme cela vient d'être souligné ;
- L'absence d'un serveur servant à la compilation des données au niveau central (DPM) ;
- Le manque d'expertise pour la compilation des informations provenant des régions, le suivi et l'exploitation des données issues de ces logiciels au niveau central. La DPM ne dispose pas d'unité SIGL capable d'analyser toutes les informations recueillies.

L'objectif actuel du MSHP est que l'ensemble des structures, à tous les échelons de la pyramide, dispose du même logiciel capable de centraliser et d'analyser l'ensemble des données. Le DHIS2 est le logiciel sur lequel le MSHP a porté son choix. L'opérationnalisation de ce logiciel n'a pas débuté. Le DHIS2 n'est pas encore disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La formation du personnel responsable de la saisie, de la compilation, et de l'analyse des données n'est pas encore réalisée.

Les produits des programmes spécifiques (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, VIH/Sida, Paludisme, Santé de la Reproduction (SR), Césarienne...), les produits issus de dons sont intégrés dans le cycle logistique du SDAME. Ils sont gérés par les DRC et les DV de la même façon que les autres médicaments et en utilisant les mêmes supports de gestion.

c. Prévision

La DPM a pour attributions de collecter les informations de gestion logistique, de faire les prévisions des besoins en ME et de les transmettre à la PPM. Les prévisions doivent parvenir à la PPM centrale avant la fin du troisième trimestre de chaque année. La DPM devrait disposer d'une ligne budgétaire pour cette activité prévisionnelle mais n'en a pas. En pratique, le budget nécessaire pour mener cette activité provient des ressources propres de la PPM qui appuie la DPM pour éviter les retards dans les prévisions qui allongeraient tous les délais de la chaine d'approvisionnement.

De plus, le système étant faiblement informatisé, et les remontées des données du niveau opérationnel vers le niveau central étant insuffisantes, les prévisions qui se font sur la base des seules données de consommation ont pour conséquence de disposer de prévisions de moindre qualité. Les quantifications sont le plus souvent faites sur la base des données de morbidité.

Ainsi donc, il ressort de certains entretiens menés dans le cadre de l'évaluation que l'accent doit être mis sur deux points essentiels : les prévisions de qualité et le suivi des différentes activités du cycle logistique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour améliorer l'approvisionnement.

d. Obtention des produits/ achat

Le SDAME prévoit un système de réquisition pour le réapprovisionnement pour chaque niveau opérationnel : chaque centre doit calculer ses quantités de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) en se basant sur la LNME et sur ses besoins en produits pharmaceutiques à commander en fonction de ses consommations moyennes mensuelles (CMM), de son stock disponible

et utilisable (SDU) et de son maximum. Cet approvisionnement est effectué à travers un réseau de dépôts PPM régionaux, des DRC, et des DV.

Selon le SDAME, 100 % des magasins régionaux PPM doivent s'approvisionner au niveau de la PPM centrale ; 100 % des EPH doivent s'approvisionner au niveau de la PPM centrale et/ou régionale ; 100 % des DRC doivent s'approvisionner au niveau des magasins PPM régionaux ; et 100 % des CSCom doivent s'approvisionner au niveau des DRC. Le SDAME prévoit également qu'en cas de rupture au niveau des structures publiques indiquées dans le SDAME, le secteur privé peut être une alternative même si l'article 6 du Contrat Plan Etat-PPM stipule que l'objectif fondamental fixé par l'État à la PPM est de rendre accessible le médicament essentiel aux structures à un prix compatible avec le pouvoir d'achat des populations.

Aux niveaux régional et opérationnel, lors de l'évaluation, une grande diversité de sources d'approvisionnement en ME a été observée dans les établissements sanitaires. De telles observations peuvent laisser présumer que ce phénomène est observable dans d'autres sites. Or, cette diversité des sources d'approvisionnement pourrait avoir des répercussions sur la qualité et le coût des médicaments. Si l'évaluation ne peut rien affirmer quant aux répercussions en terme de coût, en revanche du point de vue de la qualité, tous les produits de la PPM sont soumis à un contrôle pré-marketing réalisé par la Laboratoire National de Santé (LNS) avant toute distribution, ce n'est pas le cas pour les ME vendus par les autres grossistes agrées.

4.4.5 Entreposage et distribution

a. Entreposage

Le respect des bonnes pratiques d'entreposage est un gage de qualité du produit tout au long du cycle de gestion logistique des médicaments jusqu'au patient. Selon le SDAME, 100 % des structures sanitaires doivent répondre à au moins 70 à 80 % des conditions de stockage des médicaments. Les bonnes pratiques de stockage sont définies comme suit :

- Les zones de stockage doivent être de taille suffisante pour un stockage ordonné des différentes catégories de produits pharmaceutiques ;
- L'organisation doit permettre une rotation First Expirate First Out (FEFO) et First In First Out (FIFO)
- Les produits ne doivent pas être stockés à même le sol ;
- Un thermomètre doit être disponible pour contrôler et enregistrer les températures périodiquement
- Une séparation des différentes zones doit exister : Les zones de réception et d'expédition doivent être distinctes de la zone de stockage ; Les zones de quarantaine et de rebut doivent être identifiées et isolées ;
- Stupéfiants et médicaments réglementairement assimilés en fonction des niveaux doivent être dans des locaux séparés avec une sécurité renforcée.

Or, par rapport au stockage, bien que non statistiquement significatifs, les constats suivants ont été relevés au cours de l'évaluation :

- 50 % des DRC et 100 % des CSCom visités ne disposent pas de zones de stockage conformes aux bonnes pratiques de stockage. Au niveau des CSCOM, une seule salle est généralement octroyée à la pharmacie ou sont menées toutes les activités pharmaceutiques ;
- Les conditions de stockage sont inadéquates (Voir photos 1 et2) et il a été relevé une absence de méthode de contrôle de la température surtout pour les réactifs ;
- Les DRC n'offrent pas toujours la garantie de conditions minimales de gestion de stock et de stockage pour certaines catégories de produits tels que les antituberculeux, etc.

Photo 1 : Conditions de stockage des produits pharmaceutiques observées en 2015 pendant l'évaluation

Source : Equipe d'évaluation, 2015

Photos 2 : Conditions de stockage des produits pharmaceutiques observées en 2015 pendant l'évaluation

Source : Equipe d'évaluation, 2015

b. Distribution

Le transport et la distribution des produits constituent un défi important pour un pays aussi vaste que le Mali. Il influence non seulement les délais de livraison entre les différents niveaux du système mais également les coûts du médicament. Dans son plan stratégique 2015-2019, la PPM a retenu d'assurer la livraison des produits pharmaceutiques jusqu'au niveau CSCom. Ceci contribuera à réduire considérablement les coûts du transport jusque-là supporté par les structures, et diminuera d'autant le prix de revient des produits pharmaceutiques. Le patient bénéficiera alors d'un prix de vente plus bas que lorsque le transport était supporté par les CSCom.

Les insuffisances relevées en matière de logistique roulante à tous les niveaux, le manque de moyens financiers pour l'entretien et la maintenance des véhicules de livraison, l'inexistence de plan de distribution surtout pour certains médicaments de la gratuité ont également été décriés lors des entretiens menés dans le cadre de l'évaluation.

4.4.6 Utilisation des produits

Lors de l'évaluation, même si l'équipe a constaté que toutes les structures visitées s'approvisionnent uniquement en médicaments génériques et que majoritairement les ordonnances sont prescrites en DCI afin d'augmenter le taux de satisfaction, il a également été constaté le non-respect des protocoles thérapeutiques de certains programmes verticaux (exemple VIH) par les prescripteurs. Ce non-respect des protocoles thérapeutiques impacte négativement la disponibilité des médicaments. S'il est parfois dû à une insuffisance de connaissance des protocoles par les prescripteurs par manque de formation, il est surtout dû à l'indisponibilité des produits dans les dépôts des structures.

Dans les dépôts, les médicaments avariés et périmés non utilisables ne sont pas entreposés dans une zone située en dehors de la salle de dispensation alors qu'il est fortement recommandé de séparer ces produits afin d'éviter des erreurs lors de la dispensation. En outre, il est recommandé d'établir une liste des produits avariés après leurs retraits du stock avant d'entamer la procédure de destruction mais cela n'est pas fait de manière systématique.

4.4.7 Disponibilité

Suivant les directives du SDAME, le stock de chaque produit doit être maintenu entre un niveau minimum et maximum. Les supports permettant le suivi, appelés compte rendu de gestion de stock (CRGS), doivent être remplis et transmis trimestriellement des sites vers la région et de la région au niveau central. Pour cela, des réunions trimestrielles sont tenues au niveau régional pour le suivi de la gestion des stocks. Dans la pratique, la disponibilité permanente en médicaments et réactifs dans les structures sanitaires s'avère très difficile car la plupart d'entre elles semblent confrontées à de nombreuses difficultés dans la gestion de leurs stocks, ce qui influe sur la disponibilité des produits. Il serait donc souhaitable de mettre en place un protocole de suivi des plans d'approvisionnement à tous les niveaux de la pyramide. Au moment de la collecte de données sur le terrain, il a été constaté une rupture de sérum glucosé 5 % aussi bien au niveau central que sur certains sites visités au niveau régional. Avait également été relevée, une rupture de sel ferreux/acide folique comprimé 60mg/400ug.

En termes de disponibilité, les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) (Tétanos, BCG, Rougeole, poliomyélite, fièvre jaune, etc.) sont commandés par l'UNICEF principalement sur fonds propre de l'Etat, avec un appui de Global Alliance for Vaccine and Immunisation (GAVI). Ces fonds sont placés dans un compte à Copenhague et débloqués au fur et à mesure de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement. Ce plan est élaboré sur la base d'une estimation des besoins et est accompagné d'un plan de distribution bien défini. Selon l'UNICEF, excepté le Nigéria, aucun pays de la sous-région (Burkina, Niger, Mali, ...) n'est en mesure d'assurer son approvisionnement en vaccins. L'approvisionnement groupé réalisé par l'UNICEF réduit les coûts des vaccins et impacte positivement la disponibilité de ces derniers dans les structures de santé. Les vaccins sont stockés au niveau du centre d'immunisation à Bamako.

a. Accès à des services de qualité

La démarche-qualité est le processus mis en œuvre pour implanter un système-qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue de cette qualité. Elle comporte une démarche de renforcement continu portant sur l'amélioration de l'organisation et des prestations. Elle peut être mise en œuvre par toutes les structures, quelle que soit leur taille ou leurs moyens. Elle est participative, implique l'ensemble du personnel, et s'appuie sur un engagement fort des responsables. La « démarche-qualité » permet en cela de faire évoluer les pratiques afin de satisfaire les besoins des bénéficiaires et du personnel. L'aboutissement d'une démarche-qualité est souvent l'accréditation, car elle apporte la preuve de la maîtrise de la qualité du service et de l'organisation aux bénéficiaires et à l'ensemble des parties prenantes.

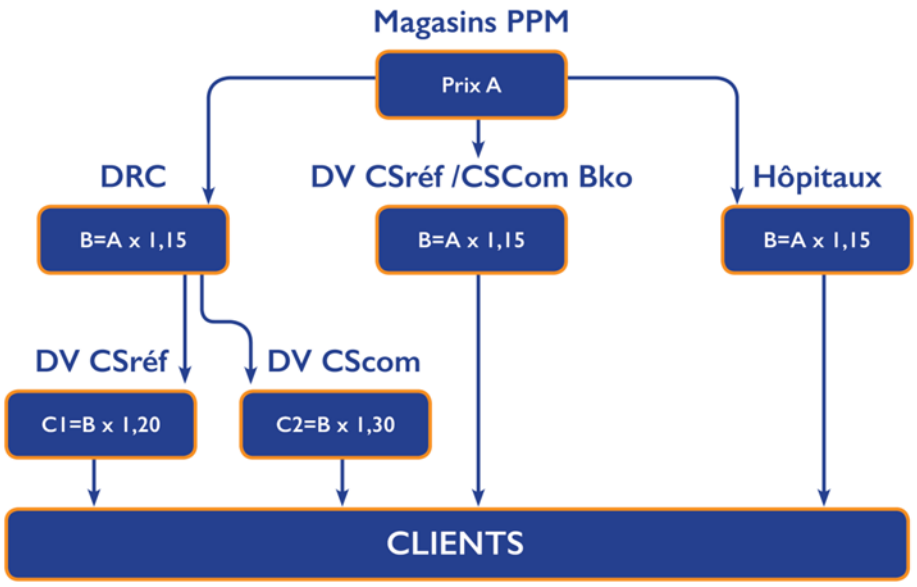
En 2015, parmi les structures qui interviennent dans la chaine d'approvisionnement, seul le Laboratoire National de Santé possède une accréditation. Toutefois, cette accréditation ne concerne pas les médicaments. En Afrique de l'Ouest francophone, aucun laboratoire de contrôle de qualité des médicaments n'est pré qualifié OMS.

En outre, ne possédant pas de liste de fournisseurs agrées, la PPM est obligée de faire des appels d'offres internationaux ouverts à tous les fournisseurs agrées ou non. Selon la réglementation en vigueur, à la réception des produits acquis à la suite de ce type de procédure, la PPM devrait réaliser un contrôle qualité pré-marketing avant la distribution. Ce contrôle qualité est réalisé par le LNS et est relativement long du fait d'une insuffisance de ressources et notamment de réactifs. Cette lenteur dans le contrôle qualité pré-marketing des ME peut non seulement créer des ruptures au niveau central, mais également augmenter la durée du stockage, et enfin agir négativement sur toutes les étapes suivantes de la chaine d'approvisionnement. De telles insuffisances pourraient être levées ou atténuées par le biais de l'accréditation des structures et la mise à disposition des ressources.

b. Structure des prix des médicaments

Selon le décret n°218 P-RM du 30 mai 2003 réglementant les prix des médicaments de la LNME en DCI, le prix de cession des ME est déterminé par niveau selon l'application de coefficients tels que décrit à la figure 4.4.5.

Figure 4.4.5 Structure des prix des médicaments en DCI



Source : Equipe d'évaluation, 2015

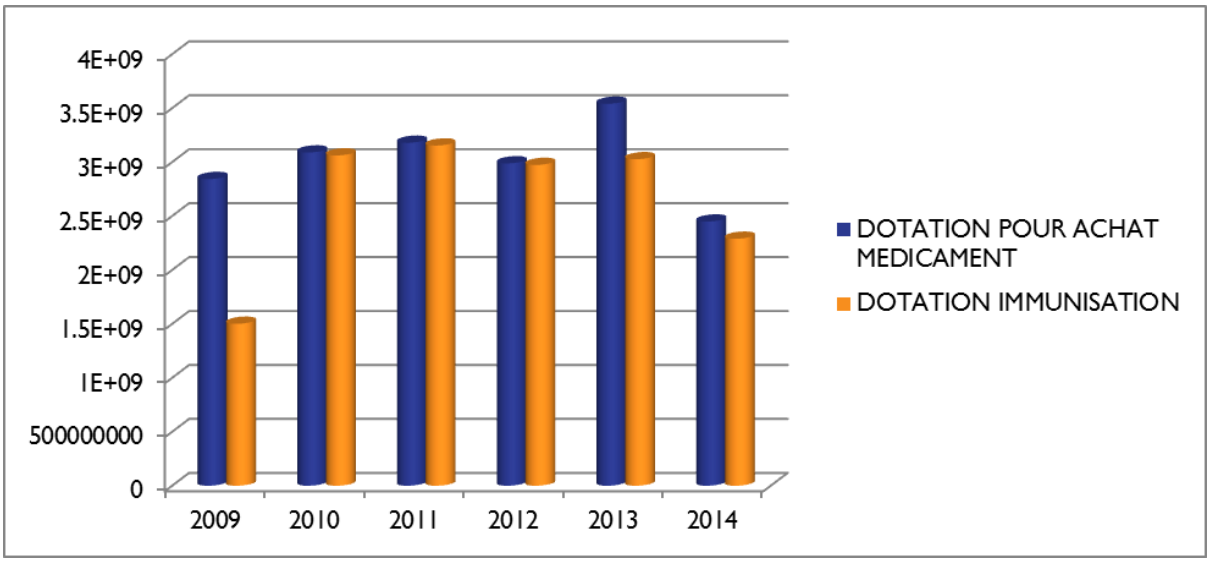
Le non-respect de ces coefficients par la majorité des structures a été mentionné à l'équipe d'évaluation lors des entretiens : Les CSCom sont les plus fréquemment incriminés. L'étude menée par SIAPS en 2013

relève en particulier que seulement 36,8 % des CSCom situés hors du district de Bamako ont appliqué un coefficient correct. Or, selon les résultats provisoires des Comptes de la Santé du Mali en 2013, la majeure partie des ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées aux produits pharmaceutiques (41,34 %)[106]. La plus grosse partie des dépenses de santé directement faites par les ménages étant destinée à l'achat des médicaments, une amélioration des contrôles des prix de cession est donc primordiale si le MSHP, comme il l'annonce dans ses documents de politique (PDDSS, PRODESS III), veut améliorer la santé de la population en favorisant l'accès aux médicaments essentiels pour les usagers des structures sanitaires et améliorer le taux de fréquentation des centres de santé.

c. Financement

Il existe trois modes de financement des produits pharmaceutiques selon que le payement est directement et complètement supporté par le patient (produits payants), selon qu'il est partiellement supporté par le malade (système du tiers payant), ou selon qu'il est gratuit pour le patient (subventionné). L'Etat alloue chaque année des ressources pour l'achat de médicaments des structures sanitaires publiques et des structures ayant une mission de service public (CSCom). Il accorde également des subventions pour l'achat de médicaments spécifiques comme les antituberculeux, les ARV, les vaccins, les anti-cancéreux, les achats des Kits césarienne.

Figure 4.4.6 Evolution du financement en médicaments et vaccins au MSHP entre 2009 et 2014

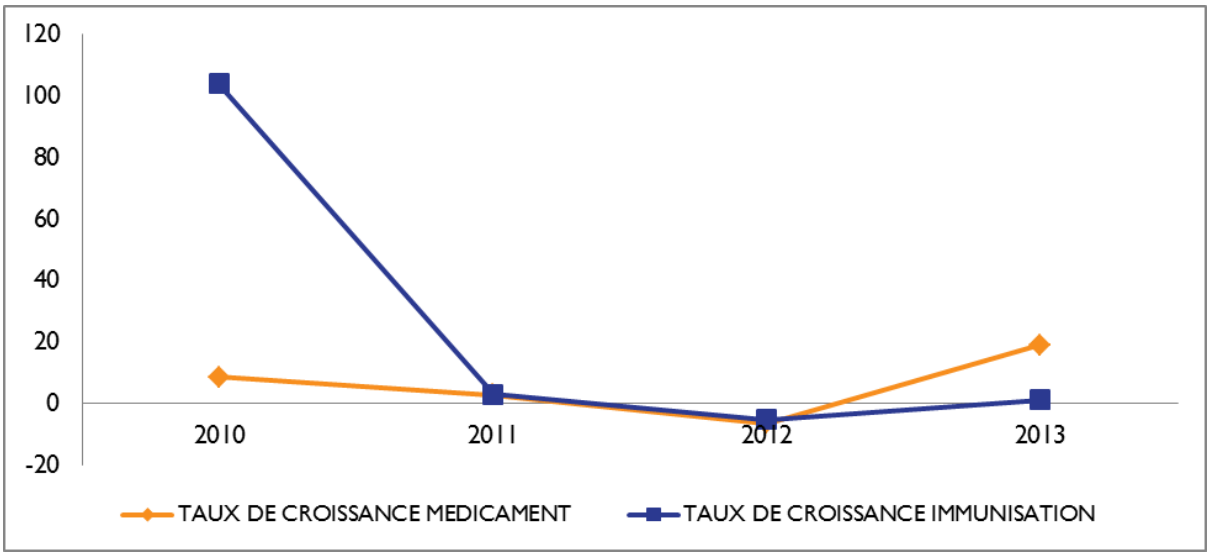


Source : Informations transmises par la DFM à l'équipe d'évaluation, 2015

Entre 2009 à 2011, comme observé sur les figures 4.4.6 et 4.4.7, les apports pour les dotations en vaccins et médicaments étaient croissants. En 2009, les apports pour les médicaments étaient de 2, 842 709 milliards de FCFA et de 1,501062 milliards de FCFA pour les vaccins. En 2011 ces apports étaient de 3,153504 milliards de FCFA pour les vaccins et de 3,179148 milliards de Fcfa pour les médicaments. En 2012, caractérisée par la crise politique, une légère baisse du financement est observée : 2,973556 milliards de FCFA pour les vaccins, et 2,988313 milliards de FCFA pour les médicaments avant de remonter en 2013 (3,026817 milliards de Fcfa pour les vaccins et 3,540535 milliards de Fcfa pour les médicaments).

[106] CPS, 2015, Compte de la Santé du Mali, édition 2013 rapport provisoire, mars, 89p.

Figure 4.4.7 Evolution du taux de financement en médicaments et vaccins au MSHP entre 2009 et 2013



Source : Informations transmises par la DFM à l'équipe d'évaluation, 2015

L'équipe d'évaluation a relevé que la part de financement dédiée aux gratuités n'est pas facilement mobilisable par la PPM eu égard aux lenteurs inhérentes aux procédures de financement relevant du Trésor Public.

Au niveau de certains CSCom visités pendant l'évaluation, et selon les dires des personnes clefs rencontrées, les fonds issus de la vente des médicaments devant servir au réapprovisionnement des dépôts sont parfois utilisés à d'autres activités (salaires du personnel notamment) ne relevant pas du domaine des médicaments, créant à certains moments une indisponibilité des fonds de roulements pour le réapprovisionnement des produits pharmaceutiques.

L'engagement du Ministère de la Santé en faveur de la «gestion axée sur les résultats (GAR) », et en particulier le < financement basé sur les résultats (FBR) » pourrait constituer une solution permettant le renforcement de la gouvernance, du rapportage, de la qualité des prestations dispensées, de la motivation du personnel. Cette stratégie permettrait au système national de santé de remplir sa mission de service public en facilitant la mise en œuvre des stratégies et actions définies. En effet, l'expérience du FBR dans la région de Koulikoro a permis, de l'avis de certaines personnes rencontrées, de faire une avancée significative quant à la disponibilité des médicaments, la qualité des soins, de leurs coûts, et leurs impacts. Le MSHP devrait étendre cette expérience de façon progressive et adaptée à toutes les structures publiques et privées à but non lucratif ayant une mission de service public.

4.4.8 Conclusions

En 1998, le Mali a adopté sa politique pharmaceutique nationale (PPN). Elle organise tout le secteur pharmaceutique et vise à rendre accessible géographiquement et financièrement des médicaments essentiels (ME) de qualité à l'ensemble de la population. Des efforts sont relevés quant à : la définition des rôles et des missions des parties prenantes ; la libéralisation du secteur pharmaceutique ; l'adoption d'un schéma directeur d'approvisionnement ; l'existence d'un contrat-plan État-Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ; et l'élaboration des textes réglementaires et législatifs contribuant à améliorer la gestion de ce secteur. Cependant, une insuffisance est également relevée dans la mise en œuvre de ces textes, et les problèmes de gouvernance pharmaceutique sont accentués par un manque de ressources humaines, matérielles et financières, en particulier au niveau de l'homologation et du contrôle de l'importation dont la DPM est responsable.

Un schéma national d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDAME) existe depuis 1996. Les rôles et les prérogatives de chaque partie prenante de la chaîne d'approvisionnement y

sont bien détaillés. Dans la pratique, une grande diversité de sources d'approvisionnement en ME est observée, témoignant du non-respect des directives du SDAME. Malgré l'existence de textes réglementant la vente de médicaments, un réseau de vente de médicaments illicites et contrefaits existe et persiste en dehors des grossistes agréés et des fabricants. L'application insuffisante de ces textes pose de graves problèmes de santé publique découlant de problèmes de gouvernance.

Une sélection au niveau national de 566 médicaments appelée Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) existe et est régulièrement mise à jour en vue d'aider les structures sanitaires à mieux organiser leurs approvisionnements, mais cette liste n'est pas disponible au niveau de tous les sites par manque de ressources financières pour son impression et sa diffusion.

Enfin, les Comptes de la Santé 2013 indiquent encore l'importance des dépenses de médicaments dans les dépenses des ménages. Or, une règle sur les prix de cession des médicaments existe pour tous les niveaux de la pyramide dans le but d'améliorer l'accès financier des médicaments aux patients dans les structures sanitaires. Toutefois, la non-application rigoureuse de cette règle par la majorité des structures est relevée et en limite sa portée. Les CSCom sont les plus fréquemment incriminés.

Tableau 4.4.1 Forces, Faiblesses, Menaces et Opportunités

	EQUITE	ACCES	EFFICIENCE	QUALITE	PERENNISATION
Forces et Opportunités	Gratuité des médicaments pour la césarienne, les programmes palu, VIH, TB, Onchocercose etc.	Les médicaments de la LNME disponibles et accessibles géographiquement et financièrement par tous, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire L'application d'un coefficient multiplicateur à chaque niveau de la pyramide sanitaire	Utilisation du SDAME, SOP Existence de guides de supervision conçus partir du SDAME La quantification des produits des programmes verticaux (TB, VIH, Palu) est réalisée Existence de la PPN Possibilité que la DPM établisse des dérogations pour l'importation de certains produits Disponibilité d'un plan stratégique 2015-2019 de la PPM Le CRGes utilisé à tous les niveaux, OSP/santé (Outil de Suivi des Produits) utilisé au niveau des districts et chanel au niveau DV	Système d'assurance qualité en pré et post marketing réalisé Procédure de pré qualification de la PPM en cours La mise en œuvre du plan stratégique de la PPM à débuter par l'acquisition de financements pour la construction de nouveaux magasins répondant aux normes internationales	Part réservée aux produits pharmaceutiques (médicaments et vaccins) dans le budget de l'Etat chaque année Renforcement du personnel de l'ANR
Faiblesses et menaces	Non-respect des coefficients sur les prix de cession des médicaments surtout au niveau des CSCom	Existence de péremptions et ruptures de stocks Non-satisfaction des commandes des dépôts pharmaceutiques habilités à la PPM Augmentation des prix des médicaments du fait de mécanismes de sous-traitance	Système parallèle d'approvisionnement : non-respect du SDAME Circuits d'approvisionnement parallèles des régions du Nord ne passant pas par le MSHP Absence d'un système d'approvisionnement intégré Absence d'une unité SIGL au niveau de la DPM Faible qualité des données collectées au niveau des sites Analyse primaire des données pas réalisée Absence de plan d'approvisionnement de certains médicaments (ex : Traitement CTA) du niveau central Absence de protocole de suivi des plans d'approvisionnement Multiplicité des intervenants dans le domaine du médicament Difficultés de distribution des médicaments par la PPM jusqu' aux sites par	Un système d'homologation et d'importation des médicaments faible Fonctionnement du système d'assurance qualité sur tout le cycle logistique insuffisant Non-respect des règles de stockage Expansion du marché des médicaments illicite	Absence de plateforme regroupant les acteurs qui interviennent dans le domaine pharmaceutique Non-respect des politiques en vigueur Problèmes de gouvernance pharmaceutique

	EQUITE	ACCES	EFFICIENCE	QUALITE	PERENNISATION
		par les grossistes agrées chargés des importations	insuffisance de moyens logistiques Difficultés de satisfaction des commandes des produits des sites par la PPM Difficultés de collecte des données surtout celles des gratuités Existence de ruptures des produits à tous les niveaux doublés par une non-maitrise de consommation moyenne mensuelle Existence de péremptions surtout pour les produits de la gratuité Fonctionnement très faible des commissions de lutte contre les médicaments illicites au niveau des régions et des frontières Ralentissement de l'approvisionnement national du fait de l'assujettissement de la PPM aux procédures des marchés publics Non-respect des engagements des partenaires quant à leurs quotas d'achats Absence de carte pharmaceutique Non connaissance par la DPM des valeurs des importations	Absence de liste de fournisseurs pré-qualifiés qui pourrait contribuer à améliorer la qualité des offres et des produits Faible fonctionnalité de la pharmacovigilance Nombre élevé de structures n'ayant pas d'autorisation d'exercer	

4.4.9 Recommandations

Améliorer le système actuel et pérenniser les appuis et les financements extérieurs : pour améliorer le système actuel et pérenniser les appuis et les financements extérieurs, le MSHP devra agir sur plusieurs facteurs notamment :

- Lutter contre les circuits parallèles/illicites ;
- Faire respecter le schéma d'approvisionnement permettant d'assurer un accès à des médicaments de qualité ;
- Améliorer l'accès des ME aux populations par l'application des coefficients de cession à tous les niveaux de la pyramide ;
- Accorder un pouvoir effectif à l'inspection ;
- Faire respecter les textes ; et
- Fenforcer la DPM par la mise à sa disposition des outils informatiques choisis par le MSHP, de ressources humaines formées et des financements nécessaires pour mener ses missions.

Améliorer la coordination des PTF intervenant dans le domaine pharmaceutique :

Pour ce faire, il faudrait élaborer un plan quinquennal de financement des approvisionnements des médicaments essentiels aligné sur la PPN. Ce plan sera basé sur une évaluation des besoins pharmaceutiques nationaux de chacun des niveaux de la pyramide sanitaire. Il distinguera les domaines susceptibles d'être améliorés sur les seuls financements de l'État de ceux dépendant des financements extérieurs, et il organisera les interventions des PTF autour d'un panier commun défini avec la partie nationale. Ce plan précisera aussi les indicateurs permettant de mesurer les progrès par rapport aux éléments sur lesquels l'action devra porter en priorité en fonction des financements disponibles. Il faudra, enfin, mettre en place un comité régulier de concertation et de suivi des activités de tous les intervenants.

Mettre en place une plateforme composée de la DPM, de l'IS, du LNS, de la PPM, du secteur privé et du CNOP pour assurer le suivi de la qualité des médicaments à partir d'une stratégie commune.

4.5 Système d'information sanitaire

Un Système d'Information Sanitaire, est un ensemble organisé de structures, d'institutions, de personnels, de procédures, de méthodes et d'équipements visant à fournir l'information sanitaire nécessaire à la prise de décision, à la planification, à la gestion et l'évaluation des programmes et des services de santé.

Au Mali, le SNISS regroupe l'ensemble des composantes du système d'information sanitaire. Il est composé de plusieurs sous-systèmes qui impliquent plusieurs institutions et établissements de santé. Les interrelations qu'entretiennent ces sous-systèmes entre eux et leurs capacités à réaliser les objectifs qui leur sont assignés déterminent la performance globale du SNISS.

Dans les parties qui suivent, le Système National d'Information Sanitaire et Social malien (SNISS) est décrit dans sa globalité. Sont analysées ensuite ses composantes opérationnelles. Dans les chapitres qui suivent, sont successivement abordés l'architecture actuelle du SNISS ; le cadre institutionnel et règlementaire y afférant ; les ressources actuelles du SNISS ; l'analyse des composantes du sous-système du SIS (SAE, SLIS, SIH), suivi du sous-système SIERE et du sous-système SIAF ; les perspectives de mise en place du nouveau SD-SNISS 2015-2020 et les défis liés à celle-ci ; une présentation des forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiés clos cette section.

4.5.1 Description de l'architecture du SNISS

En raison de leur importance pour la prise de décision, la planification, la gestion et l'évaluation des programmes et des services sociaux et de santé, le renforcement du système national d'information sanitaire a régulièrement été rappelé comme une priorité du système national de santé malien et s'est vu accorder une attention particulière parmi les énoncés de stratégie à promouvoir dans le PDDSS I et le PDDSS II. Ces plans successifs dans leur préparation ont été confrontés aux défis importants de fiabilité, d'exhaustivité et de disponibilité des données existantes obligeant à entreprendre des enquêtes spécifiques pour collecter des données qui devaient être fournies par le système d'information de routine, d'où l'intérêt récurrent porté à la disponibilité et à la qualité de l'information sanitaire au Mali.

Les évaluations récentes du système d'information ont porté essentiellement sur le niveau local (SLIS)[107] et le niveau communautaire[108]. Le système information hospitalière, le sous-système d'information de recherche et enquête, et le sous-système d'administration et des finances n'ont pas fait l'objet d'une évaluation récente, alors que leur importance pour l'ensemble du système de santé est indéniable. Ceci constitue une des raisons de la pertinence de la présente évaluation.

a. Les objectifs du SNISS

Le schéma directeur du SNISS (SD-SNISS), en cours d'exécution, date de 1998, définit les principes directeurs, les orientations stratégiques, les finalités, et les modalités de fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire et Sociale. Plus spécifiquement il définit les sous-systèmes constitutifs, établit les responsabilités des acteurs et parties prenantes pour la collecte, l'analyse, les interprétations et la diffusion des documents. Il définit également les catégories et les types d'indicateurs générés, leur niveau de production, les sources des données, les moyens techniques, humains et matériels à mobiliser en vue de l'opérationnalisation de chacun des sous-systèmes.

Pour chacun des niveaux du système de santé le SD-SNISS (1998) définit les objectifs suivants (encadré 4) :

- Disposer de données permettant la planification des activités socio-sanitaires au niveau du cercle ou de la région ;
- Disposer de données permettant d'évaluer la mise en œuvre de la politique sectorielle au niveau du cercle ou de la région ;
- Transmettre les informations vers le niveau central ;
- Constituer une banque informatisée de données sanitaires et sociales au niveau régional.

Au niveau opérationnel :

- Disposer de données permettant une bonne connaissance de l'état socio-sanitaire de la population de l'aire de responsabilité ;
- Disposer de données permettant une auto-évaluation des activités menées pour faciliter les prises de décisions au niveau local ;
- Etre un premier maillon dans la chaîne de transfert des informations vers les niveaux supérieurs ;
- Etre un outil d'information des personnels de santé, des associations, des usagers et des utilisateurs pour favoriser la participation de la communauté à la gestion du centre.

[107] MSHP/DNSP, Evaluation du système local d'information sanitaire (SLIS) avec les outils PRISM, avril 2014. 70 pages.
[108] Tohouri Romain-Rolland, Mounkaila Abdou Billo, Evaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base communautaire du Mali par la méthodologie PRISM. 2013, 40 pages.

b. Architecture du SNISS

Le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social (SNISS) en cours de mise en œuvre est constitué par quatre (04) sous-systèmes (Voir figure 4.5.1) énumérés comme suit :

- Le Sous Système d'Information Sanitaire (SIS) constitué de 3 composantes ;
- Le Sous Système d'Information Sociale (SISo) constitué de 2 composantes ;
- Le Sous Système d'Enquêtes, et de Recherches (SER) constitué de 2 composantes ;
- Le Sous Système d'Informations Administratives et financières (SIAF) constitué de 3 composantes.

Figure 4.5.1 Configuration actuelle du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (1998)-

Source : PS-SNISS, 2015-2019

c. Le cadre institutionnel et réglementaire du SNISS

Le SNISS s'intègre dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). Il est intégré par l'objectif stratégique N°10.

Le SNISS couvre les besoins de deux départements ministériels (MSHP, MASDN) pour le PRODESS II. Pour le PRODESS III, le MPFEF s'ajoute aux deux départements ministériels précédents ce qui a été matérialisé par le nouveau SD-SNISS 2015-2019. Chacun de ces ministères exécute des mandats spécifiques en fonction des objectifs précis assignés par le gouvernement et a besoin de données statistiques spécifiques pour leur planification et leur gestion. La coordination des différents sous-systèmes est placée sous la responsabilité de la CPS. Chaque département à travers ses structures centrales et ses démembrements techniques régionaux et locaux organise le recueil des données statistiques, leur traitement et analyse, leur transmission et publication suivant leurs attributions.

La coordination du SNISS est assurée par la CPS. Elle assure aussi la conception et confection des supports, la compilation de l'ensemble des données transmises par les différents sous-systèmes pour la confection de l'annuaire statistique. Elle gère une base de données et organise la publication officielle des rapports. Elle constitue l'interface administrative de tous les interlocuteurs désirant utiliser les statistiques du secteur de la santé et de l'action sociale notamment avec les organisations internationales et sous régionales. La CPS entretient des rapports de collaboration avec différents organismes nationaux et internationaux de statistiques tels que l'INSTAT et la Direction Nationale des Statistiques, l'OMS, l'OOAS et les services statistiques des pays voisins.

Présidé par le Directeur de la CPS-SDSPF, un groupe technique chargé du SNISS existe.

4.5.2 Analyse des composantes du SNISS suivant le SD-SNISS (1998)

a. Le Sous Système d'Information Sanitaire (SIS)

Le sous-système SIS est constitué des 3 composantes suivantes :

- Le Système Local d'Informations Sanitaires (SLIS) coordonné par la DNS ;
- Le Système d'Alerte Epidémiologique (SAE) coordonné par la DNS ;
- Le Système d'Informations Hospitalières (SIH) coordonné par la CPS.

La composante SLIS couvre les statistiques de routines provenant des formations sanitaires (CSRéf, CSCom, et le système d'information de routine à base communautaire). Le SLIS est placé sous la responsabilité de la Direction Nationale de la Santé (DNS). Il est supervisé par le chef d'unité planification et statistiques. Le SAE couvre les statistiques relatives aux maladies à potentiel épidémique. Il est sous la supervision du chef de division prévention et lutte contre la maladie. Sur le plan opérationnel, son suivi est placé sous la responsabilité du chef de section surveillance épidémiologique. Le SIH couvre les statistiques hospitalières (EPH). Il est sous la responsabilité de la CPS.

Obligation est faite pour l'ensemble des structures sanitaires de fournir périodiquement[109] aux échelons hiérarchiques supérieurs les données relatives à leurs activités.

Le SIS renseigne trente-cinq (35) indicateurs du cadre commun de suivi du PRODESS. En plus des données du secteur public, le SIS, prévoit de couvrir les données du secteur privé, des services de santé des entreprises (INPS), et des services de santé des armées.

Chaque échelon du système de santé (voir encadré 4) exerce des responsabilités spécifiques en rapport avec les objectifs du SNISS précédemment énumérés.

La composante Système Local d'Informations Sanitaires (SLIS)

En principe, le SLIS couvre l'ensemble des données de morbidité et mortalité relatives aux programmes prioritaires fournies par les établissements publics, privés à but non lucratifs ayant une mission de service public, et les structures privées (cabinets, cliniques). Dans les faits, de nombreux programmes (VIH/Sida, tuberculose, paludisme, santé de la reproduction, lutte contre les maladies diarrhéiques, vaccination, etc.) disposent de systèmes de collecte de données qui leur sont propres pour satisfaire les besoins de gestion souvent exigés par le bailleur de fonds (accords de financement) et ne contribuent pas au SLIS. Quant au secteur privé, la volonté politique de faire converger l'ensemble des composantes du SLIS vers un système intégré existe. Dans les faits, les données fournies sont très partielles et manquent de fiabilité du fait de la persistance d'une très faible collaboration entre le secteur public et le secteur privé. L'utilisation du logiciel District Heath Information system (DHIS2) constitue une pièce importante de cette stratégie de convergence qui pourrait remplacer le DESAM. La mise en place du DHIS2 est soumise à des exigences qui ne sont pas entièrement satisfaites. Une de ces exigences porte sur la nécessité que tous les sites disposent d'une source d'énergie (électricités, panneaux solaire) et d'un réseau téléphonique fonctionnel. L'évaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base

[109] Trimestriellement, mensuellement, de façon hebdomadaire en fonction du niveau de la structure et la composante à alimenter

communautaire avec les outils PRISM[110] avait donné un ordre de grandeur du gap existant qui n'a pas beaucoup évolué depuis.

Selon les personnes ressources interrogées pendant l'évaluation, le logiciel est gratuit et peut être téléchargé à partir du site web approprié. Il peut être mis à la portée des décideurs pour l'accès aux données en utilisant un mot de passe accordé par les administrateurs du système. Plusieurs contraintes ont été évoquées par les techniciens, il s'agit notamment de l'absence d'un plan opérationnel validé, de la méconnaissance du logiciel par les agents du SNISS, du manque de ressources financières pour la mise à échelle.

La composante Système d'Alerte Epidémiologique (SAE)

Le SAE couvre les données relatives à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (à potentiel épidémique), les données des sites sentinelles pour les maladies placées sous surveillance spécifique. Dans une large mesure, il assure le suivi de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI). Ses données sont utilisées pour effectuer l'analyse des tendances séculaires des maladies et la modélisation épidémiologique. Dans une large mesure, il contribue à la préparation de la riposte contre les épidémies. Il implique l'ensemble des structures offrant des prestations de services curatifs et préventifs. Ce système doit se caractériser par une capacité de transmission rapide des données et de leur traitement. La fiabilité des diagnostics nécessite le plus souvent une confirmation par des moyens biologiques via les laboratoires de référence nationaux ou à l'extérieur du pays. De par sa nature, ce système exige une fluidité dans la communication entre les acteurs impliqués et leur coordination. La performance d'un tel système est mesurée non seulement par sa capacité à minimiser les faux positifs et les faux négatifs comme tout système de veille, mais aussi à produire des données fiables et enfin à partager en temps réel les rapports.

Le SAE est un système qui vise à produire des informations pour une action ou une décision rapide. Pour cela, le SAE dispose d'un Réseau de Communication par Radio (RAC), fax, téléphone et messages internet. Coordonné par la section surveillance épidémiologique de la Direction Nationale de la Santé, il implique également l'INRSP, les hôpitaux, et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'ensemble des formations sanitaires y compris celles du secteur privé.

Dans les faits, la récente épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi au Mali suite à des cas importés de la Guinée Conakry a démontré les failles de ce système. La faible communication entre les différents pôles en charge d'activités liées au dépistage, à la confirmation des cas (laboratoires de référence INRSP, Centres Mérieux) et la non-préparation des centres à diagnostiquer les cas et à les notifier (cabinets et cliniques privées et établissements hospitaliers publics, centres de santé) afin d'alimenter en temps réel la surveillance épidémiologique ont obligé les autorités à adopter très rapidement des mesures adaptées à la situation. Un système de coordination a été mis en place afin que les acteurs se parlent et échangent en temps réel des informations pour la prise de décisions idoines[111]. Le système de surveillance et de riposte n'était pas au point pour faire face à une urgence qui menaçait la sécurité sanitaire de la sous-région.

---

[110] Tahouri Romain-Rolland, Mounkaila Abdou Billo, Evaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base communautaire avec les outils PRISM. 2013. 40 pages.

[111] Dans le cadre de la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola, un comité de crise « cluster santé » a été mis en place. Ce comité était composé du MSHP, des personnes ressources et des PTF avec une étroite participation de l'OMS dans la coordination. Un bulletin d'information hebdomadaire était diffusé régulièrement auprès d'acteurs figurant sur une liste d'adressage. Il donnait des informations relatives à certains indicateurs retenus pour la surveillance épidémiologique.
Les données de la surveillance active ont servi pour la gestion de l'épidémie et l'ajustement du plan de contingence. La répartition des tâches et des ressources pour chaque partenaire technique et financier (PTF) étaient discutées au cours des réunions du comité de crise en utilisant les données recueillies et en fonction des besoins sur le terrain enfin d'éviter les doublons et une mauvaise riposte contre Ebola.

La composante Système Information Hospitalière (SIH)

Le SIH est coordonné par la CPS. Celle-ci n'exerce aucune autorité sur les hôpitaux, et est confrontée au défi de faire respecter les délais de transmission, de qualité, de fiabilité et de complétude des données recueillies. De surcroit les statistiques ne revêtent pas une importance pour le personnel hospitalier. De l'avis des prestataires hospitaliers, le SIH constitue une charge de travail additionnelle sans réelle compensation, ce qui peut expliquer des lenteurs dans l'établissement des Rapports Techniques d'Activités (RTA). Les difficultés à renseigner les indicateurs du contrat de performance hospitalier sont également relevées. Ces lenteurs sont renforcées par le faible niveau d'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la collecte et l'exploitation des données qui justifient au bout du compte le faible de niveau de promptitude. Une faible capacité technique des ressources humaines dans la compréhension des items dans la collecte, l'analyse, et l'exploitation des données statistiques est également relevée.

Les produits du SIS

Depuis 2000, la DNS a produit dans le cadre du SLIS, un annuaire statistique annuel compilant les données de routine ainsi que la situation des maladies prioritaires suivies par des programmes spécifiques. Le dernier est en date de 2014.

Le SAE produit le bulletin hebdomadaire et le bulletin de situation qui fait l'objet d'une communication verbale hebdomadaire de situation épidémiologique en Conseil de Ministres. Un rapport hebdomadaire dont une copie est remis à l'OMS. Enfin un rapport annuel du SAE est aussi produit.

Le SIH produit un annuaire hospitalier sous la responsabilité de la CPS.

Depuis 2009, la CPS a commencé l'élaboration, la validation et la publication régulière de l'Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire. Cet annuaire, intègre les données du SLIS, du SIH, du SAE, et celles issues des structures de recherche telles que, entre autres, l'Institut National de Recherche Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Centre d'Infectiologie Charles Mérieux (CICM), et le département de médecine traditionnelle. La production de cet annuaire vise à compenser l'absence de cadre formel de plateforme de collaboration entre les SLIS, le SIH et le SER. Le dernier rapport produit en 2015 porte sur les données de 2013.

b. Les fonctions exercées par rapport au SIS par chacun des échelons

Le niveau central :

CPS : Harmonisation et production des supports ; suivi de la mise en œuvre du SD-SNISS ; compilation de toutes les données issues des différents sous-systèmes ; analyse des données du SIH et consolidation des annuaires ; production et publication des rapports et annuaires statistiques ; interface avec les services nationaux des statistiques.

DNS/Unité planification et statistiques et division prévention et lutte contre la maladie (DPLM) : vérification des données ; compilation des données pour le SLIS et le SAE ; analyse et interprétation ; partage avec les services de prise de décision et ceux en charge des interventions.

Les directions régionales :

Une unité de planification et une division de surveillance épidémiologique ont en charge la compilation des données issues des districts ; la vérification de cohérence ; la supervision des services techniques (Equipes Cadres de District) ; l'analyse des données régionales. Elles assurent la rétro-information avec les services techniques et partenaires, acheminent les données vers les services centraux (DNS).

Le district sanitaire (CSRéf) :

Le district sanitaire assure le recueil des données des CSRéf, la consolidation des données issues des CSCom et des établissements privés locaux ; les analyses et les interprétations ; la transmission des données ; la supervision ; la gestion de la base de données du cercle (SLIS et SAE).

Les CSCom, Cabinets privés et cliniques privées, dispensaires d'entreprises :

Ils recueillent des données et les transmettent au district (SLIS et SAE).

Les établissements hospitaliers :

Ils recueillent les données, les compilent et les transmettent à la CPS.

c. Les Ressources mobilisées pour le SIS

Les ressources humaines

Les directions centrales et des programmes disposent d'un responsable chargé de l'information sanitaire. Au niveau des directions régionales de la santé (DRS) et des districts, le SIS est géré par des agents de santé pour la plupart.

Tableau 4.5.1 Répartition des ressources humaines en charge du SIS par niveau

Entités	Profil	Situation actuelle
Services centraux	DNS : 1 Chef de l'unité planification ; 1 chef de section de statistique et 7 agents chargés des opérations techniques ; DPLM : CPS : 1 Chef de l'unité planification SNISS ; et 4 agents chargés des opérations techniques DRH : DFM : INRSP	DNS : Tous les postes sont pourvus Tous les postes sont pourvus
Direction régionales	Unité de planification : 1 Chargé de planification Division surveillance épidémiologique : 1 chef de division ; 1 chargé de SIS et 1 suppléant chargé de SIS	Tous les postes sont pourvus dans toutes les régions y compris dans les régions actuellement en crise (délocalisés pour des raisons de sécurité).
Districts sanitaires	1 Médecin d'appui au SIS et 1 Médecin chargé du SIS	Tous les postes sont pourvus
Hôpitaux	1 Unité avec 1 chargé de statistique	Tous les postes sont pourvus

Dans les hôpitaux, les responsables des services en charge de l'information sanitaire sont généralement des infirmiers ou des attachés de santé qui mènent leurs taches en tant qu'infirmier ou attaché de santé en plus de la collecte des données du SIS.

Dans les CSCom, la collecte des données est assurée par un personnel qui manque souvent de formation spécifique surtout pour les agents de saisie des données[112].

Selon les personnes rencontrées pendant l'évaluation, les mouvements du personnel créent une instabilité préjudiciable au SIS surtout au niveau opérationnel (conflits, réaffectation ou départ à la retraite sans remplacement). Les études devraient permettre de mieux apprécier la contribution des médecins installés dans les CSCom médicalisés sur la qualité du SLIS dans sa partie communautaire notamment.

Le financement

Il n'existe pas de ligne budgétaire spécifique dédiée au SNISS. Les activités du SIS sont financées à travers les plans opérationnels et le financement du salaire du personnel affecté à cette activité. Les financements servant le plus souvent aux activités de supervision, de formation et de reproduction des supports de collecte de données. Les abonnements internet et téléphoniques existent mais sont difficiles à retracer ou à individualiser ce qui nécessiterait une étude spécifique.

Les activités telles que les enquêtes (EDS, SMART, MICS) et la carte sanitaire sont financées par les partenaires extérieurs dans le cadre d'accords et de programmes de coopération. L'élaboration des annuaires fait appel au financement sur budget national.

Les équipements techniques, dont il n'est pas aisé d'établir une liste actualisée faute d'inventaires systématiques et réguliers des parcs existant, sont en général financés dans le cadre de programme de coopération. Il n'est pas possible de retracer le volume des financements engagés.

d. Constats et problématiques liés au SIS

Constats et problématiques liés à la collecte et la publication des données

La multiplicité des outils de collecte de données est relevée. En plus des supports standards préparés par la CPS, la plupart des programmes développent des supports spécifiques (VIH/Sida, tuberculose, paludisme, nutrition, ver de guinée, etc.) et disposent d'un système de rapportage pour des fins de gestion et de suivi-évaluation en fonction des exigences des partenaires techniques et financiers. Le volume des données à recueillir constitue un véritable défi pour les agents en poste dans les centres de santé qui disposent d'effectifs assignés aux statistiques très limités. La volonté d'intégrer les statistiques à travers un support unique et un système de rapportage unique a été exprimée par les autorités, mais de nombreuses contraintes pèsent sur sa concrétisation.

Les difficultés à intégrer les données provenant de certains acteurs tels que les ONG/associations, les structures privées et confessionnelles et à but lucratif demeurent.

La qualité des données

Pour le SLIS, la complétude des données pour les trois trimestres de 2013 était de 91%. La promptitude globale des rapports était de 52% et l'exactitude globale de 51%[113]. Pour ce qui concerne l'exactitude des données des CSCRéf et des CSCom, 39% de ces centres ont une bonne exactitude. Au total, la complétude moyenne des données disponibles sur trois trimestres de 2013 était évaluée à environ 58%[114]. Il y a tout lieu de croire que ces résultats restent valables dans le contexte de cette évaluation.

[112] Tohouri Romain-Rolland, Mounkaila Abdou Billo, 2013, Evaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base communautaire du Mali par la méthodologie PRISM, 2013, 40 pages
[113] DNS, 2014, Rapport Evaluation du système local d'information sanitaire (SLIS) avec les outils PRISM avril, 134p.
[114] DNS, 2014, Rapport Evaluation du système local d'information sanitaire (SLIS) avec les outils PRISM avril, 134p.

L'analyse des données

Plusieurs évaluations réalisées au cours des dernières années[115,116,117,118] relèvent des problèmes liés aux analyse et aux interprétations des données recueillies (compétences disponibles insuffisantes), aux retards dans la production des données ; aux limites imposées par le manque de complétude et de promptitude des données ; aux difficultés à vérifier la fiabilité.

La qualité des données et la rapidité de leur acheminement des CSRéf (Districts), et des autres niveaux opérationnels indiquent une performance meilleure à celle des régions en termes de promptitude dans le rapportage des données. Une légère amélioration est notée pour les régions.

La qualité des données est généralement moyenne et varie suivant le niveau de la pyramide. De la région aux CSCom l'exactitude et la complétude des données décroit. Le système d'archivage est faible à presque tous les niveaux avec un léger mieux pour les régions. Le manque de matériel pour l'archivage, l'inexistence ou l'exiguïté de l'espace réservé pour classer les Rapports Techniques d'Activités (RTA) et le manque de formation du personnel aux méthodes d'archivage explique une telle situation.

Des écarts importants ont été notés entre les niveaux de confiance et de compétences des agents dans l'exécution des taches du Système d'Information Sanitaire Régional (SISR). Les agents se contentent juste de fournir les informations relatives à l'offre de soins dans le cadre de la transmission des rapports sans analyse préalable.

La production, la diffusion et l'utilisation de l'information sont jugées moyennement performantes. Ces productions paraissent régulièrement mais avec un retard dans leur diffusion à tous les niveaux de la pyramide ce qui ne permet pas une utilisation à temps des résultats des analyses et n'encouragent pas leur utilisation pour prendre des décisions.

La gestion des bases de données

La gestion des données est moyenne : 50% en termes de promptitude et d'exactitude. Elle est soutenue par l'existence d'un logiciel Développement Sanitaire du Mali (DESAM) unique de gestion des données dans les districts sanitaires. Le DHIS2 offre un potentiel plus élevé car pouvant intégrer toutes les composantes du Schéma Directeur du SNISS. Il peut-être modulaire en intégrant de manière graduelle les différentes composantes.

L'exploitation des données et la diffusion de l'information

L'utilisation de l'information aux différents niveaux de la pyramide sanitaire fait partie intégrante de la planification et du fonctionnement du système d'information sanitaire. L'une des fonctions les plus importantes du système d'information sanitaire est de relier la production de l'information sanitaire à l'utilisation des données. La mise en place des procédures institutionnelles et des mesures incitatives sont nécessaires en vue d'instaurer un processus de prise de décisions fondé sur des bases factuelles.

Le SIS produit des nombreux rapports qui, mis à disposition à temps, peuvent aider, éclairer ou orienter d'importantes prises de décisions. Il s'agit notamment des :

- Annuaires du SLIS,
- Annuaires statistiques ;

---

[115]

[116] CPS, 2009, rapport d'évaluation du Système National d'Information Sanitaire par l'outil du réseau de métrologie sanitaire mars 53p.

[117] Measure Evaluation, 2014, Analyse Situationnelle du Système d'information Sanitaire du Mali, Juillet, 21p.

[118] Tohouri Romain-Rolland, Mounkaila Abdou Billo, 2013, Evaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base communautaire du Mali par la méthodologie PRISM, 40p.

- Bulletins épidémiologiques ;
- Rapports trimestriels SLIS « DESAM SAUVE » des régions pour les périodes concernées ou des rapports trimestriels d'activités des régions et des hôpitaux ;
- L'annuaire statistique régional ;
- Les rapports hebdomadaires de la situation épidémiologique ;
- Les rapports périodiques des programmes (mensuels/trimestriels/hebdomadaires) sous format numérique ou en littérature grise.

Il est à noter que la conception de l'annuaire SLIS a débuté en 2000. Il a été régulièrement publié tous les ans. L'annuaire pour l'année 2014 a été publié au troisième trimestre de 2015.

L'Annuaire du SIH dont la conception a débuté en 2004 est prévu tous les ans.

L'Annuaire du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), contient les données compilées du SLIS, du SIH et des Rapports annuels des programmes et des structures de recherche. La conception a débuté en 2009. La production est annuelle. Mais la conception se fait avec souvent des retards. L'annuaire SNIS 2013 a été publié en août 2015.

Le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé est prévu tous les ans. A ce jour, sont disponibles les rapports de 1987, 1996, 2001, 2006 et 2012-2013.

Les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) sont réalisées tous les 5 ans entre 2 EDS. Quatre éditions ont été réalisées au Mali en 1995, 2000, 2005, et 2010.

L'enquête de nutrition et de mortalité rétrospective de type SMART est réalisée tous les ans.

Problèmes liés au SIS

Problèmes généraux

- SLIS, SAE et SIH devaient être en situation de partager leurs informations, cela ne se fait pas de manière optimale ;
- Inexistence de plateforme de collaboration entre les différentes composantes du SIS ;
- L'importance du SIH n'est pas perçue par les acteurs hospitaliers qui n'y voient ni avantages financiers ni matériels. Les retards de publication de l'annuaire hospitalier et de la carte hospitalière doivent y trouver leurs explications ;
- Les problèmes recensés auprès de la DNS dans le cadre des entretiens menés pendant l'évaluation à propos du SAE sont les suivants : Des difficultés de coordination de la surveillance intégrée au niveau central et l'existence d'une discordance de données entre les différentes structures impliquées dans la surveillance épidémiologique ; un faible niveau d'implication du secteur privé dans la surveillance épidémiologique ; de faibles capacités techniques des structures ou des responsables chargés de la surveillance aux différents niveaux ; une insuffisance des moyens logistiques et de communication du SAE malgré les moyens mobilisés pour la lutte contre Ebola, la méningite, la poliomyélite ;
- L'épidémie d'Ebola a mis à nu certaines faiblesses du système de santé notamment celles relatives à l'organisation des services, et à l'offre de service ; la faible performance du système de surveillance épidémiologie ; le manque de rapidité de la transmission des données ; les faibles capacités de stockage et de pré-positionnement des intrants (équipements de protection, médicaments, virucides, etc.) ; le manque de provision de ressources financières pour la riposte contre les épidémies ; le manque de préparation du personnel ;
- La faible couverture des statistiques issues du secteur privé à but lucratif et des services de santé des armées ;

- Au plan de la méthode et des procédures, le code d'identification des unités géographiques ou administratives (régions, cercles, communes, etc.) devant faciliter la fusion des données, et le dictionnaire de métadonnées fournissant la définition des variables et leur emploi n'existent pas ;
- Quant à l'analyse des données, la prise en compte des indicateurs relatifs à la croissance démographique est insuffisante voire inexistante malgré toutes les conséquences que cette seule variable joue sur l'organisation, la planification du système de santé malien et sur les besoins en financement.

Les problèmes liés aux données

- Insuffisance de moyens pour la multiplication des supports de collecte de données, la de collecte des données contribue soit à la duplication ou à la fragmentation de l'information sanitaire (les programmes verticaux sont le plus souvent indexés) ;
- Manque de formation initiale et continue des points focaux responsables de la collecte ; faiblesse de la supervision du Système d'Information Sanitaire (SIS) à tous les niveaux du niveau central au niveau des CSCom.

e. Le Sous Système d'Enquêtes, et Recherche (SER)

L'objectif du SER

L'objectif de ce sous-système est de recueillir, d'analyser, d'exploiter, de stocker et de partager des données relatives aux résultats des recherches, des enquêtes et des études spécifiques réalisées dans le cadre du système de santé. Il est placé sous la responsabilité de la CPS en collaboration avec l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) qui sont donc chargées de coordonner et de superviser les études, la recherche, les enquêtes en santé.

De nombreuses études, recherches et enquêtes réalisées s'inscrivent dans l'un des cadres suivants :

- Les enquêtes systématiques régulières ;
- Les enquêtes ponctuelles ;
- Les études réalisées sur demande de l'autorité hiérarchique ou réalisées à la demande de partenaires ;
- Les programmes de recherches s'inscrivant dans le plan d'action national ou dans le cadre de partenariat académique (thèses) ; etc.

Récemment, plusieurs études, enquêtes ont été réalisées (celles citées ci-après ne sont pas exhaustives) :

- Les enquêtes pour la confection de la carte sanitaire ;
- Les enquêtes sur les contrats de performance des hôpitaux ;
- Les Comptes de la Santé du Mali 2013 ;
- L'EDS V (sous traitées avec l'INSTAT) ;
- L'enquête SMART (sur la nutrition) ;
- L'enquête STEP (sur les maladies non transmissibles) ;
- Les enquêtes « *Multiple Indicators Clusters Survey (MICS)* » réalisées tous les cinq ans sous la tutelle du MSHP.

Toutes ces études sont d'une grande importance pour l'élaboration d'éléments stratégiques nouveaux, mais aussi pour la réorientation des stratégies d'intervention et des financements en cours. Elles doivent pour cela être rendues disponibles aux différentes parties prenantes du système

de santé dans les délais prévus et dans des formats de présentation accessibles au plus grand nombre. Dans les faits, est relevée une insuffisance de partenariat entre la structure coordinatrice de l'étude et les services techniques qui auraient pu contribuer au plan méthodologique et qui sont le plus souvent utilisateurs des données résultant de ces études (exemple DNS, DFM). Le partage des résultats des travaux ne se fait pas de manière systématique. Seul le SER assure la mise en œuvre de la plateforme d'analyse de la situation sanitaire en collaboration avec l'OMS (Country Health Intelligence Portal : CHIP).

Pour être fonctionnel, performant et utile, le SER nécessite une meilleure coordination des recherches et des études, un partage des résultats des travaux et un système de stockage et d'accès aux données. Au plan institutionnel, ceci n'est pas organisé. L'INRSP réalise ces travaux en toute autonomie et indépendamment de la CPS qui procède de la même manière alors que plusieurs pôles de recherche (FMPOS, Centre Mérieux, centres de référence drépanocytose, centres de lutte contre la maladie, etc.) existent et ne communiquent qu'en de rares circonstances et de manière non systématique (restitution des travaux).

Les Problèmes recensés pour le SER

- Manque de fonctionnalité des mécanismes de coordination ;
- Inexistence d'une base de données unique : les centres de documentation ont perdu tout intérêt, il n'en reste que des vestiges.

Ce sous-système mérite une attention toute particulière.

f. Le sous Système d'Informations Administratives et Financières (SIAF)

Ce sous-système relève de la DFM pour les aspects financiers et de la DRH-SSDS pour les informations relatives aux ressources humaines (SI-GRH).

L'objectif du SIAF

Le SIAF vise à collecter, à analyser et à stocker les données sur les ressources humaines, matérielles et financières. Ce sous système est d'une importance capitale pour la gestion tant prévisionnelle qu'opérationnelle.

Une base de données (SI-GRH) sur les ressources humaines est gérée par la DRH qui a la responsabilité de procéder à leur mise à jour. Cette base permet d'entreprendre des analyses approfondies de la situation sur le personnel qui peuvent sensibiliser ou éclairer les décideurs et anticiper certains problèmes liés aux ressources humaines (Voir section 4.3 Ressources Humaines).

Pour la DFM, un cadre institutionnel n'a pas été mis en place jusqu'ici pour rendre fonctionnel le sous-système qui n'a pas d'existence réelle. Alors que le SIAF dans sa composante finances, matérielles, immobilisations aurait pu fournir des informations d'une grande utilité à la fois pour :

- Le suivi en temps réel des données financières ;
- Les prises de décision en vue des arbitrages budgétaires ou des collectifs budgétaires ;
- Le suivi de la liste des indicateurs de suivi évaluation du financement de la santé tel que préconisé par la politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023 ;
- Le suivi de la série d'indicateurs de performance dans le cadre de l'exécution du contrat de performance des hôpitaux ;
- Les données relatives au matériel et au patrimoine de l'ensemble des institutions et établissements de santé dans le cadre de la rationalisation de la gestion transparente du patrimoine.

La DFM dispose d'un logiciel de gestion intégré dénommée TOM-PRO version 5.9. Ce logiciel comptable a l'avantage d'intégrer les données budgétaires, financières, matérielles. Il est possible d'y saisir les données relatives aux plans opérationnels de tous les niveaux du système de santé. Mais ceci ne se fait pas, car il n'y a pas de demandes spécifiques à ce sujet. La version actuelle a été codifiée pour le PRODESS II, un autre paramétrage est envisagé pour le PRODESS III suite aux recommandations faites par le Cabinet DALBERG dans le cadre de la récente révision du manuel de procédures du PRODESS. Actuellement le logiciel est utilisé par les services comptables pour générer le plus souvent des rapports de suivi des financements extérieurs, les états financiers, les rapprochements des états bancaires. La version actuelle du TOM-PRO est jugée obsolète par les acteurs rencontrés lors de l'évaluation. La DFM s'apprête à acquérir la nouvelle version TOM-PRO 2 qui présente plusieurs avantages tels que l'accès WEB, et les mises en réseaux. L'évaluation relève que peu des acteurs rencontrés ont connaissance de ce sous-système d'informations financières.

Les problèmes recensés pour le SIAF

Ce sous-système n'existe et n'est effectif que pour la composante ressources humaines (voir section 4.3 Ressource Humaines). La composante financière et matérielle n'existe pas alors que les besoins pour son utilisation sont énormes.

La DRH et la DFM n'ont pas une plateforme de collaboration pour échanger en temps réel leurs données et pour favoriser les recoupements de leurs bases de données (salaires et effectifs).

Les demandes en direction du SIAF ne sont pas systématiques. A part quelques tableaux ponctuels sollicités par différents partenaires (états financiers ; situation des justificatifs en retard, etc.), il n'y a pas de rapports produits systématiquement. Par exemple, l'inventaire annuel du matériel ne se fait pas systématiquement avec toutes les implications que cela peut avoir sur la transparence du patrimoine de l'Etat.

Ce sous système n'est en pratique pas supervisé par un niveau hiérarchique supérieur.

g. Le sous Système d'Information Sociale (SISo)

La coordination de ce système est confiée au Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (MSAHRN) avec la participation de la Direction Nationale du Développement Social, et de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de L'Economie Solidaire (DNDS, DNPSES). Il a 2 composantes :

- Le Système d'Information du Département Social (SIDS) ;
- Le Système d'Information Economie Solidaire (SIES).

Ce sous-système tient compte des données sur la promotion communautaire, la lutte contre l'exclusion sociale et la promotion de l'économie solidaire. L'insuffisance et la faiblesse de la qualité des données ont été décrites pour ce sous-système. Les dossiers individuels des personnes concernées par les services de l'action sociale et ceux des services sociaux ne sont pas tenus convenablement. Lorsque ces dossiers existent, ils ne prennent pas en compte les données de l'AMO, du RAMED et celles des « filets sociaux ». Enfin, il n'existe pas de fichier national des services et agences publics et privés œuvrant dans le secteur social.

Les variables du SISo ne sont pas prises en compte dans les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH), ni dans les Enquêtes Démographique de Santé (EDS), ni dans les registres de l'état civil. Ceci reprécise les besoins de collaboration avec les acteurs chargés du sous-système recherche et enquêtes (SER).

Les informations du SISo ne sont pas utilisées pour la prise de décision en ce qui concerne l'allocation des ressources[119] [79]. Les indicateurs du SISo sont en déphasage avec ceux de l'UEMOA en ce qui concerne la mutualité et avec ceux de l'OHADA en ce qui concerne les sociétés coopératives. En outre, l'absence d'information sur l'AMO, le RAMED et sur les gratuités de certaines prestations devant être collectées dans le SISo a des conséquences non négligeables sur la planification des actions prévues et réalisées dans le cadre du PRODESS d'une manière générale, et du MSHP en particulier notamment dans les domaines de la gouvernance, de la gestion des prestations de services et de leur qualité. Certains patients sont sortis des bases de données de l'AMO par l'organisme gestionnaire pour défaut de paiement de leurs cotisations, ce qui a des implications sur leur prise en charge lorsqu'ils se présentent dans une structure sanitaire comme cela a été précisé à l'équipe d'évaluation lors des entretiens au niveau opérationnel. Il y a une rupture entre les bases des services de santé et de celle de l'AMO pour les remboursements, etc.

4.5.3 La mise en œuvre du nouveau schéma du SNISS - Perspectives et défis

L'amélioration de la performance du SNISS en vue de l'adapter au contexte national sans cesse en évolution a conduit à des transformations institutionnelles et organisationnelles depuis sa mise en place en 1982[120].

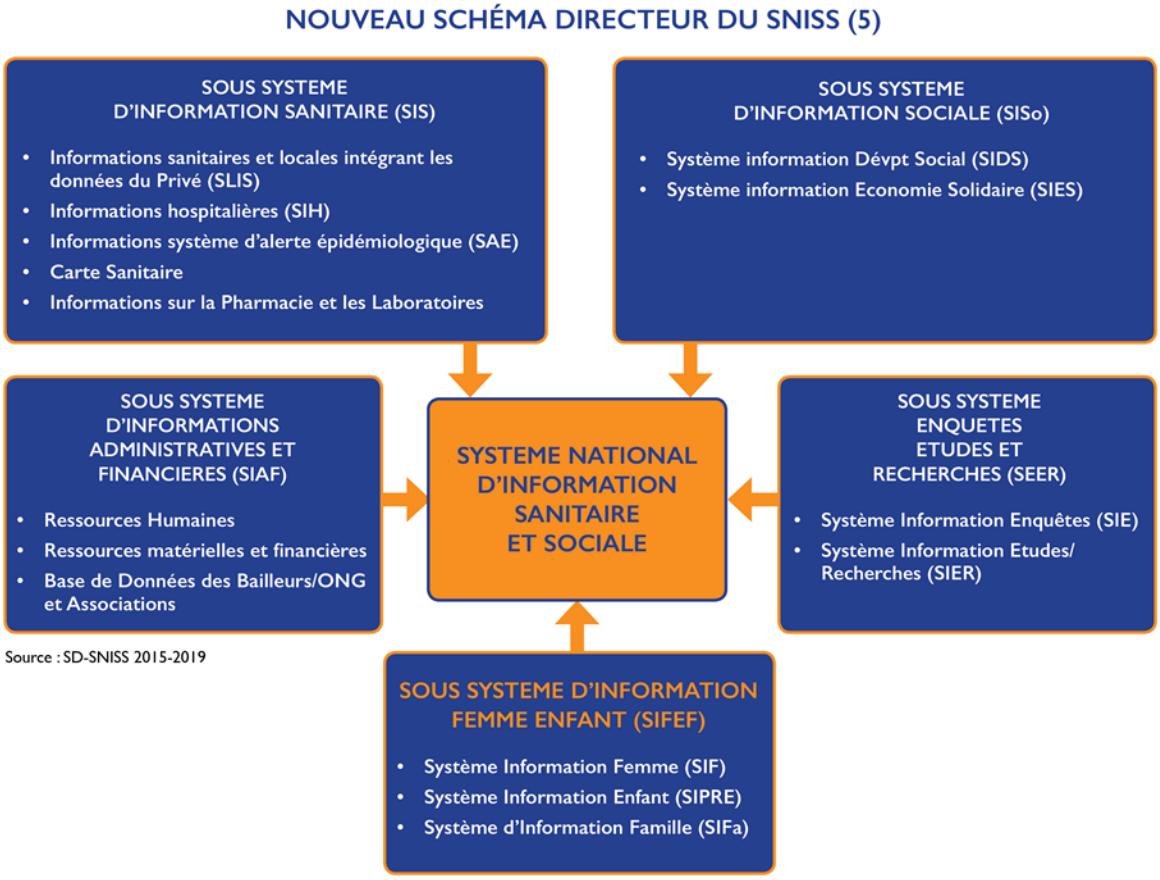
Le nouveau plan stratégique du SNISS 2015-2019 prend en considération les dernières modifications souhaitées. Il intègre ainsi deux nouvelles composantes du SIS, relatives au Système d'Information sur la Pharmacie et les Laboratoires (SIPL) et la carte sanitaire et un nouveau cinquième sous-système de la Femmes, de l'Enfant, et de la Famille (SIFEF) constitué de 3 composantes (le système information femme SIFEF ; le système information enfant SIPRE ; et le système information de la famille SIFa). La nouvelle configuration du nouveau Schéma Directeur du SNISS attendue à l'horizon de 2019 est représentée par la figure 4.5.2.

La vision du nouveau SD-SNISS est que le Mali d'ici fin 2019, dispose d'un système d'information sanitaire performant fournissant à temps des informations sanitaires et sociales de qualité pour la prise de décision fondée sur des bases factuelles en vue de maximiser l'utilisation des rares ressources des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la famille .

[119] PS-SNISS 2015-2019

[120] CPS Cellule De Planification Et De Statistique Schéma Directeur Du Système National d'Information sanitaire Et Sociale mars 1998, 63p.

Figure 4.5.2 Le nouveau Système National d'Information Sanitaire et Sociale envisagé pour la période 2015-2019



Source : SD-SNISS 2015-2019

a. Les nouvelles composantes du Système d'Information Sanitaire (SIS)

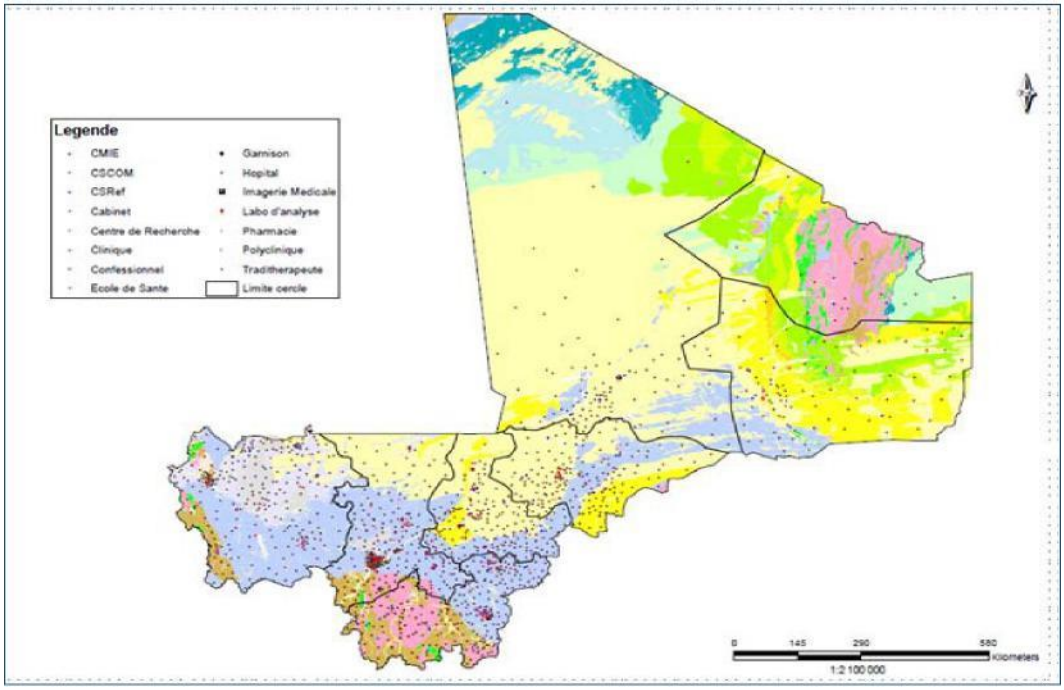
Le Système d'Information sur la Pharmacie et les Laboratoires (SIPL)

Sous la responsabilité de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), le Système d'Information sur la Pharmacie et les Laboratoires (SIPL) vient d'être intégré au SIS dans le cadre SD-SNISS 2015-2019 comme une composante du SIS. Les informations relatives aux domaines pharmaceutiques et laboratoires étaient collectées dans les annuaires précédents mais ces informations n'étaient pas exhaustives. Les données portaient essentiellement sur les structures pharmaceutiques, les laboratoires publics et privés, sur le taux de satisfaction des ordonnances au niveau des hôpitaux mais pas sur les taux des autres structures sanitaires. La situation de l'approvisionnement en intrants de la lutte contre le paludisme en 2013 en terme de prévision et d'acquisition n'est pas prise en compte, aucune donnée de consommation n'existe. Les données relatives aux approvisionnements en médicament du VIH et de la tuberculose sont également absentes dans le SIPL.

Cette nouvelle composante du SIS devrait permettre de disposer aussi d'informations relatives au laboratoire, et à la pharmacie en termes de disponibilité, de gestion, d'utilisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Actuellement, il n'est pas encore fonctionnel car ces informations seront extraites du DHIS2. Dans le cadre de la mise en œuvre du SD-SNISS-2015-2019 les insuffisances notées pourraient être résolues.

La composante carte sanitaire

Figure 4.5.3 La carte des infrastructures sanitaires du Mali 2011



Source : CPS carte sanitaire du Mali : mise à jour 2011

La mise à jour de la carte sanitaire vise à réaliser un inventaire des infrastructures sanitaires avec leur géolocalisation ; collecter des informations de base sur la répartition des ressources humaines et matérielles disponibles dans les structures sanitaires recensées et ; collecter des données sur la disponibilité et l'accessibilité aux prestations de soins.

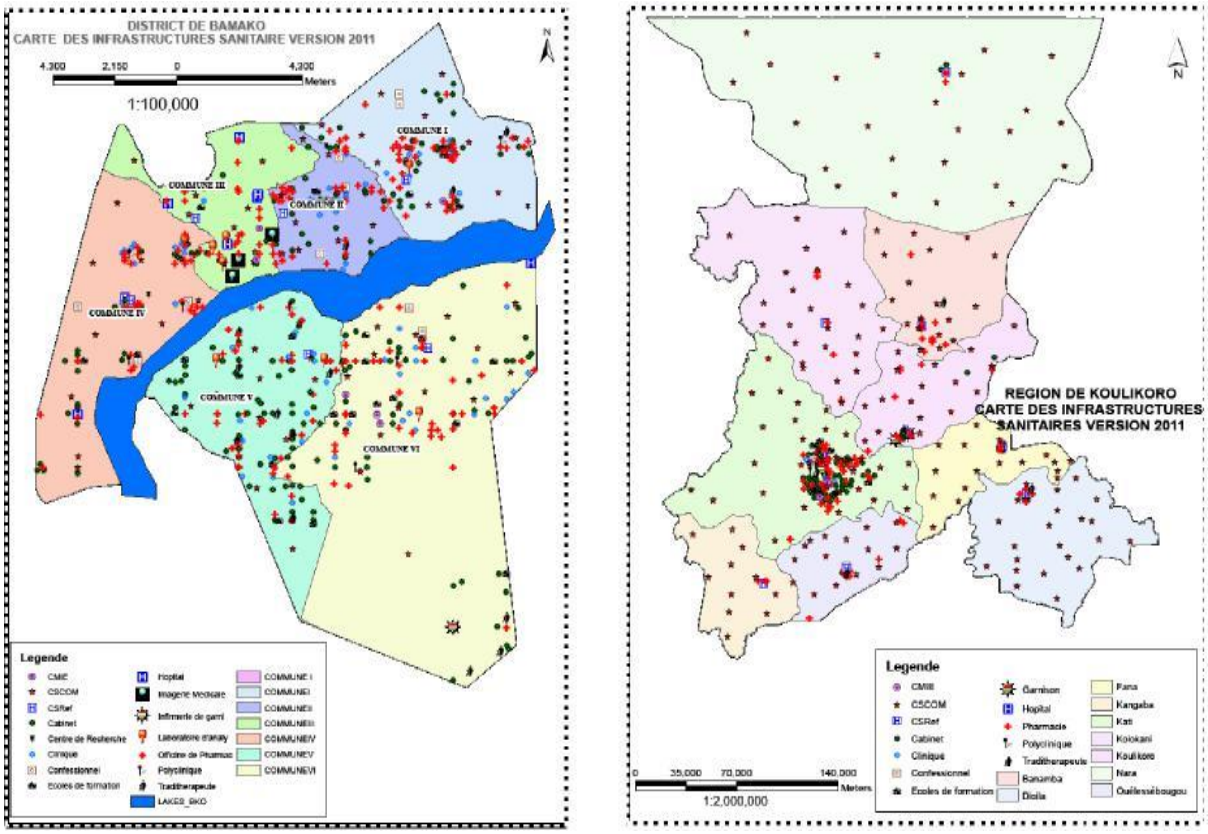
Elle sert de tableau de bord à tous les acteurs intervenants dans le secteur de la santé. Elle est utilisée dans le cadre de plaidoyer, d'orientations, de la planification, du suivi des interventions dans le secteur de la santé, de la mise en œuvre et du suivi du PDDSS 2014- 2023. Le renforcement du système de santé s'appuie également sur les éléments de la carte sanitaire. Ces éléments sont élaborés dans le but d'harmoniser et de rationaliser le développement des services sur l'ensemble du territoire national.

Le Ministère de la Santé, à travers la CPS, a réalisé la première édition de la carte sanitaire en 2006. Elle est conçue pour être mise à jour uniquement au niveau central tous les deux ans en tenant compte de la dynamique du système de santé. Disponible sur CD ROM, version papier, Internet, elle pourra être consultée par les niveaux intermédiaires et périphériques.

Dans sa première édition de 2006, les aires de santé ont été digitalisées et intégrées dans le Health Mapper (logiciel de cartographie développé par l'Organisation Mondiale de la Santé). Ce qui a permis de visualiser de façon spatiale les structures de santé fonctionnelles à travers tout le pays. Par la suite, la base de données DESAM du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) a été liée au Health Mapper (voir apport du SLIS 4.5.2.a).

Les insuffisances relatives à la carte sanitaire portent sur : le mauvais fonctionnement du lien entre la base de données DESAM et le Health Mapper dans plusieurs districts sanitaires du fait de problèmes techniques (insuffisance de suivi des agents sur le terrain par manque de financement ; insuffisance d'intégration des structures privées à la carte sanitaire ; non-respect de la périodicité de la révision la carte par manque de ressources financières).

Figure 4.5.4 Carte des infrastructures sanitaires du district de Bamako et de la région de Koulikoro



Source : CPS carte sanitaire du Mali : mise à jour 2011

Le Sous-Système d'Information de la Femme de l'Enfant et de la Famille (SIFEF)

La nouvelle architecture et vision du SNISS, proposée pour la période 2015-2019 (Figure 4.5.2) prévoit ce sous-système SIFEF. Le processus de production, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données statistiques sur la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille n'est pour le moment pas un système d'information formellement organisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La coordination de ce sous système est confiée à la CPS en collaboration avec la Direction Nationale de la Promotion de la Femme (DNPF), le Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant (CNDIFE), la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille (DNPEF). Ces différentes structures auront besoin d'être renforcées en vue de l'atteinte des objectifs de ce nouveau sous-système. Sans une réelle anticipation par une révision du cadre organique de la CPS, ceci risque d'introduire des dysfonctionnements qui pourraient affecter les autres sous-systèmes.

Ce sous-système ne répond pas aux caractéristiques d'un système d'information classique qui serait organisé pour représenter tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il n'existe pas encore d'indicateurs de cadre commun validés pour mesurer les progrès accomplis pour ce qui concerne la Femme, l'Enfant et la Famille. Toutefois, une liste de 19 indicateurs pour la protection de l'enfant a été établie par l'ensemble des acteurs de la protection, sous le leadership de la DNPEF[121].

[121] Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de La Famille 2014, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire et Sociale 2015-2019, Décembre 69 pages

Informatisation du système

La création d'une plateforme Web commune aux 3 ministères impliqués dans la mise en œuvre du PRODESS III sous la forme d'un Entrepôt des Données (ED) Statistiques du secteur sanitaire et social est prévue. Elle permettra aux administrateurs d'actualiser les données à partir de leurs sites d'implantation, et aux décideurs d'accéder aux principales données dont ils ont besoin.

Actuellement 100% des structures centrales, des DRS, des districts sanitaires et un grand nombre de CSCom ont un accès à l'électricité (sources d'énergie renouvelable et énergie fossile) et en partie accès à un réseau internet. Ceci constitue un atout déterminant dans la mise en œuvre de cette nouvelle plateforme Web.

Coûts de la mise en œuvre

Le coût total des activités planifiées pour la période 2015-2019 pour l'amélioration des différents sous-systèmes n'est pas connu.

De nouveaux partenaires à considérer

L'ANTIM, un partenaire potentiel qualifié, pour le renforcement du SNISS

Il existe actuellement une collaboration technique entre l'ANTIM et les administrations en charge de la coordination des sous-systèmes d'informations et de leurs composantes (création de site WEB ; utilisation de la téléphonie pour les audits maternels (Koulikoro et Ségou) ; les pôles Ebola par la mise en place de système de cordons téléphoniques transmettant à partir des CSCom des informations aux CSRéf et Directions Régionales de la Santé avec une transmission quotidienne des données de surveillance venant des cordons pour alimenter le bulletin quotidien. Un tel système mérite d'être pérennisé dans un système d'alerte et de surveillance généralisée. D'importants besoins de formation en informatique existent et l'ANTIM peut constituer un partenaire qualifié dans tous les domaines cités.

L'ANEH pour renforcer la composante du Système d'Information Hospitalière

La non-implication de l'ANEH dans le circuit de production des statistiques hospitalières apparaît comme une grave lacune à corriger. Elle dispose de compétences capables d'aider la CPS à faire une vérification des données transmises aux hôpitaux et constitue un partenaire déterminant pour organiser le retour d'informations avec les hôpitaux.

Défis liés à la mise en place du nouveau SD-SNISS

En fin 2015, la mise en place de la nouvelle architecture du SD-SNISS accuse un retard. Des signaux sur le remplacement du SD actuellement en cours de mise en œuvre ne sont pas perceptibles.

4.5.4 Conclusions

En raison de l'importance du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS) pour la prise de décision, la planification, la gestion et l'évaluation des programmes et des services sociaux et de santé, le renforcement de ce système a été régulièrement rappelé comme une priorité, et il s'est toujours vu accorder une attention particulière parmi les stratégies à promouvoir. La Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) constitue l'interface administrative de tous les interlocuteurs désirant utiliser les statistiques du secteur de la santé et de l'action sociale. L'élaboration d'un plan stratégique du SNISS pour la période 2015-2019 représente une réelle avancée pour orienter la mise en œuvre des actions nécessaires au renforcement du SNISS. Pour autant, les défis demeurent importants, tout particulièrement en ce qui concerne la mise en phase de tous les acteurs intervenant dans la production des informations sanitaires (et ce, quel que soit le sous-système d'information considéré) et les ressources (humaines en premier lieu) dont dispose la CPS pour atteindre l'efficience recherchée. D'autres problèmes sont relevés. Ils concernent l'insuffisance des ressources devant soutenir les actions à mettre en œuvre et la gestion des données (transmission

tardive des rapports d'activités ; validation et publication tardives des annuaires ; faible fiabilité des données ; et irrégularité des supervisions).

Au niveau du SIS, il n'existe pas de plateforme de collaboration et de partage des informations entre ses différentes composantes (Système Local d'Information Sanitaire – SLIS ; Système d'Alerte Épidémiologique – SAE ; Système d'Informations Hospitalières – SIH). L'épidémie d'Ebola a mis à nu la faible performance du système de surveillance épidémiologie (manque de rapidité de transmission des données ; faible couverture des statistiques issues du secteur privé à but lucratif ; etc.).

Le Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) prévu pour la collecte et la remontée de l'information pharmaceutique devant permettre aux gestionnaires de stocks de prendre les décisions qui garantiraient la disponibilité des produits et le service aux clients, est insuffisamment renseigné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il en découle encore malgré les avancées relevées à certains endroits, de mauvaises estimations des besoins, des ruptures de stocks, des péremptions et/ou des sur-stockages. Pour être capable de centraliser et d'analyser l'ensemble des données du SIGL, le MSHP a choisi de doter l'ensemble des structures, à tous les échelons de la pyramide, du même logiciel : le District Health Information System (DHIS2). Bien qu'un plan d'action ait été validé pour l'opérationnalisation de ce logiciel, les ressources pour sa mise à l'échelle jusqu'au niveau des CSCom ne sont pas encore disponibles.

Un manque de coordination est également relevé au niveau du sous-système enquête et recherche (SER). Le partage des résultats des travaux et le système de stockage et d'accès aux données ne sont pas satisfaisants. Le plus souvent, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et la CPS réalisent leurs travaux indépendamment l'un de l'autre et sans tenir compte des autres pôles de recherche existants, y compris ceux de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie –FMPO, du Centre Mérieux, des Centres de référence drépanocytose et des centres de lutte contre la maladie.

Quant au Système d'Informations Administratives et Financières (SIAF), la composante ressources humaines a enregistré des progrès considérables avec le développement du SI-GRH disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais la prise de décisions ne semble toujours pas être basée sur les produits rendus possibles grâce à cet outil (voir composante Ressources humaines). Quant à la composante financière et matérielle du SIAF, même si la Direction des Finances et du Matériel (DFM) dispose de données, elles ne font pas l'objet de publications régulières sur lesquelles les décisions pourraient se baser, et ce malgré les besoins énormes en la matière. Cette composante du SNISS est méconnue d'un bon nombre de membres du personnel de la DFM. Dans les faits, aucun niveau ne semble être responsable de la coordination du SIAF.

Dans le cadre du Système d'Information Sociale (SISo), les indicateurs sont en déphasage avec ceux de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) (en ce qui concerne la mutualité), et avec ceux de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA) (en ce qui concerne les sociétés coopératives). L'absence d'informations devant être collectées sur l'AMO, sur le RAMED et sur la gratuité de certaines prestations a des conséquences importantes sur la planification des actions prévues et réalisées dans le cadre du PRODESS d'une manière générale, mais aussi dans le cadre des actions spécifiques du MSHP (dans les domaines de la gouvernance, de la gestion des prestations de services et de leur qualité notamment). En outre, l'allocation des ressources n'est toujours pas basée sur les informations produites.

Enfin, les insuffisances relatives à la carte sanitaire s'expliquent par l'ensemble des insuffisances constatées dans les autres sous-systèmes du SNISS (notamment : insuffisance d'intégration des données des structures privées ; manque de financement qui impacte négativement le suivi des agents sur le terrain ; non-respect de la périodicité de révision de la carte ; manque de coordination des parties prenantes). Elles sont également dues au mauvais fonctionnement du lien entre la base de données DESAM et le Health Mapper constaté dans plusieurs districts sanitaires.

Tableau 4.5.2 Forces, Faiblesses, Menaces, Opportunités

	EQUITE	ACCES	EFFICIENCE	QUALITE	PERENNISATION
Forces et Opportunités	Accès à l'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Existence d'un système de collecte des données de routine Existence d'annuaires statistiques annuels régionaux Existence d'annuaires nationaux, enquêtes, recherches, Etudes (SNISS, EDS, MICS, etc.)	Existence d'un système de surveillance des maladies à potentiel épidémique Leçons tirées de l'épidémie récente d'Ebola par rapport à l'efficacité du système de surveillance épidémiologique. Choix du DHIS2 comme outil national Création d'un système intranet au sein du Ministère de la santé et de ses services centraux	Existence de responsables de collecte de données au niveau de tous les sites Existence de contrôle de qualité des données au niveau régional et central	Existence d'un nouveau SD-SNISS validé tenant compte des insuffisances du précédent Renforcement de la communication au sein du MSHP par un système intranet.
Faiblesses et menaces	Insuffisance des outils de collecte au niveau des sites	Irrégularité de la retro information : Central vers la périphérie Dysfonctionnements du système intranet du MSHP	Lenteurs administratives dans le transfert de certaines nouvelles recommandations Absence d'un plan d'équipement et de maintenance informatique Méconnaissance du DHIS2 par le niveau central Non identification de la structure responsable du pilotage du DHIS2 Multiplicité des supports de collecte Ruptures des supports de collecte Insuffisance de formation du personnel responsable de la collecte des données Faiblesses dans l'appropriation des données par les structures Difficultés de compréhension de certains items des outils de collecte par les acteurs chargés du rapportage de l'information sanitaire	Insuffisance dans l'intégration des données du secteur privé dans le SNIS Insuffisance dans l'intégration des données du secteur privé dans les documents nationaux Insuffisance de la prise en compte des données de la médecine traditionnelle dans le SLIS Non intégration de tous les indicateurs des programmes dans les RTA révisés Mauvaise qualité des statistiques hospitalières du fait de la faible performance du sous-système SIH Problèmes de complétude, promptitude et exactitude des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Insuffisance de suivi de la collecte sur le terrain par les différents niveaux	Faible appropriation du DHIS2 par le niveau central Insuffisance des ressource (humaines, matériels, financières) de la DNS à gérer les données des programmes. Les indicateurs clés des programmes sont intégrées dans le RTA

4.5.5 Recommandations

Renforcer la coordination des parties prenantes au sein de chaque sous-système d'information et doter la CPS des moyens nécessaires afin de lui permettre de mettre en phase l'ensemble des parties prenantes : chacun des sous-systèmes du SNISS est confronté à des problèmes que le SD-SNISS en cours n'a pas permis de résoudre. En particulier, la récente épidémie d'Ebola a mis à nu quelques-unes des faiblesses du SNISS qu'il y a lieu de corriger. Le renforcement de la coordination de chaque sous-système et de l'interface globale assurée par la CPS est indispensable si le MSHP veut disposer

d'un SNISS capable de fournir l'information sanitaire et sociale nécessaire à la prise de décisions, à la planification, à la gestion et à l'évaluation des programmes et des services de santé.

Rechercher les financements additionnels pour l'opérationnalisation du SD-SNISS : la mise à échelle du nouveau SD-SNISS tel que défini dans le plan stratégique SNISS 2015-2019 nécessite des financements additionnels qu'il y a lieu d'identifier. En particulier, l'opérationnalisation du DHIS2 retenu par le MSHP comme outil national sera possible grâce à de tels moyens. En outre, ces moyens permettront aussi de rendre fonctionnel le SIGL. La fonctionnalité de ce système d'information prévu dans le nouveau SD-SNISS facilitera l'obtention de prévisions pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira en particulier :

- d'informatiser le circuit de collecte des données visant à rendre disponibles toutes les informations relatives à la gestion logistique depuis les CSCom ; 2)
- de créer, au niveau de la DPM, une unité SIGL capable d'exploiter des données fiables et sur la base desquelles des décisions pourront être prises pour améliorer le système existant ; et
- 3) de réaliser des supervisions formatives régulières des activités à tous les niveaux du cycle logistique en vue d'améliorer le SIGL, l'utilisation des données, l'estimation des besoins et la gestion des stocks.

4.6 Prestations de services

Selon l'OMS, de bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé individuelles et collectives efficaces, sûres et de qualité aux personnes qui en ont besoin, en un temps et lieu donné avec un minimum de gaspillage de ressources.

Pour les besoins de l'évaluation, la distinction est faite entre prestations de soins individuels (impliquant des rapports entre usagers et prestataires de services) et prestations collectives (campagne de vaccination, de distribution de masses -moustiquaires, antiparasitaires, salubrité et hygiène).

Toute prestation de services de santé résulte d'un apport d'intrants (ressources humaines, ressources financières, équipements techniques et logistiques) combinés dans des proportions efficaces suivant des procédures techniques scientifiquement connues et valides, sans risque pour les usagers et les prestataires eux-mêmes et l'environnement.

Les prestations de services répondent à des caractéristiques qui peuvent varier selon la vision et les aspirations d'un pays, la politique de santé et le niveau de développement économique et social. A l'analyse de la littérature au Mali, les caractéristiques suivantes sont relevées : l'équité ; l'accessibilité ; l'acceptabilité, la qualité ; l'efficacité. Le système de santé définit les voies et moyens pour garantir des prestations de services aux populations en vue de réaliser le meilleur état de santé possible.

4.6.1 4.6.1 Organisation des services

a. Cadres règlementaires et législatifs

Textes relatifs aux établissements de soins et aux prestations de services

La loi n°02-049 du 22 juillet 2002 portant Loi d'Orientation sur la santé reconnaît au système de santé une organisation pyramidale structurée en services administratifs et services techniques (voir Figure 3.2.1 section contexte sanitaire). L'administration sanitaire est assurée par l'administration centrale, les directions régionales de la santé et le district sanitaire. Les services techniques assurant des soins avec un plateau technique différencié selon le niveau sont répartis du bas vers le haut de la pyramide entre les CSCom, les CSréf, les EPH de deuxième référence, et de troisième référence et les hôpitaux spécialisés. La Loi d'Orientation en son chapitre 5 (articles 21-22-23-24) réfère aux catégories d'établissements de santé privés qui de fait font implicitement partie du système de santé. Cependant ce texte qui a une importance capitale ne clarifie pas suffisamment les rapports entre services de santé publique et les services de santé de l'Institut National de Prestations Sociales (INPS) qui dispose d'un réseau de services ouverts au public.

La loi n°85-41/AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires reconnaît aux professions sanitaires privées des missions de protection générale de santé publique, de promotion socio-économique des populations et d'amélioration de la couverture sanitaire du pays.

La loi n°02-50 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, fixant le cadre d'organisation du fonctionnement des hôpitaux évoque le principe de la participation du secteur privé à but lucratif dans le service public hospitalier. L'arrêté 91-4318 MSPAS-PF-CAB du 3 octobre 1991 indique ensuite, dans ses dispositions finales (art. 80), que les établissements privés sont contrôlés par des services et agents dument mandatés par le Ministre de la Santé Publique.

La même loi, n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière classe les établissements de santé en trois catégories :

1. Les établissements publics hospitaliers : établissements hospitaliers publics classés selon le niveau de technicité : les établissements publics hospitaliers (EPH) ; les établissements hospitaliers privés, constitués de cliniques privées à but lucratif et d'hôpitaux privés sans but lucratif ;
2. Les centres de référence (CSRéf) ;
3. Les établissements hospitaliers privés couvrent les cliniques privées et les hôpitaux privés à but lucratif.

Deux décrets règlementent la création et le fonctionnement des CSCom dans le contexte de la décentralisation. Il s'agit du décret n°02–314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales (cercles et communes). Le décret 05-299 /P-RM du 28 juin 2005 fixe quant à lui les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCom.

Textes relatifs à l'hygiène publique et à la salubrité

La loi d'Orientation sur la santé ne traite pas des services du génie sanitaire. Cependant, un dispositif législatif y faisant référence existe : la loi n°98-036 du 20 juillet 1998 régit la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies ; la loi n°85-41 /AN-RM du 22 juin 1985 porte sur l'autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires du secteur de la santé publique ; le décret 91-106 /PRM portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires consacrent plusieurs chapitres au génie sanitaire. Quant au secteur privé à but lucratif du génie sanitaire il est cité à travers les laboratoires d'analyse des eaux et des aliments, les bureaux d'études ou cabinets d'ingénieurs sanitaires, les sociétés ou entreprises de prestations de génie sanitaire.

.b. Orientations politiques et stratégiques relatives aux prestations de services

La politique sectorielle de santé population adoptée en 1990 et révisée en 1995, a servi de guide à la

Encadré 5 Définitions : Carte Sanitaire Nationale – Carte Hospitalière

La Carte sanitaire nationale est un document de géo-référencement servant pour la planification spatiale des établissements de soins et leurs plateaux techniques. Il s'agit en principe d'un document de référence pour toutes les parties prenantes. Le respect de la carte sanitaire a pu connaître certaines difficultés liées aux comportements déviants de certains responsables politiques en réponse à leurs promesses électorales.

La carte hospitalière peut être révisée tous les ans alors que la carte sanitaire l'est obligatoirement tous les cinq ans. La dernière révision de ce document était en cours au moment de la rédaction du rapport d'évaluation (décembre 2015). Le document est en lecture en vue de son introduction au Conseil de Ministre au niveau de la Primature.

création et à l'expansion des CSCom ainsi qu'à la consolidation du modèle de participation communautaire au Mali.

Les PRODESS successifs ont permis l'extension progressive des CSCom sur l'ensemble du territoire (1204 en 2014 ; DNS SLIS 2014). La répartition des établissements est fixée dans la carte sanitaire qui fait l'objet d'une adoption par le Conseil des Ministres (Encadré 5). Cette carte est révisée tous les cinq ans. De même la répartition des établissements hospitaliers est fixée dans la carte nationale hospitalière adoptée dans les mêmes conditions que la carte sanitaire. Ces cartes sont des éléments importants de planification du développement des infrastructures, en outre elles servent d'éléments factuels pour le dialogue entre les parties prenantes.

Les centres de santé communautaire (CSCom)

Comme précisé dans l'encadré 2, les CSCom appartiennent aux ASACO. Suite à la décentralisation, d'importantes responsabilités en matière de santé sont transférées aux collectivités locales au niveau des communes, des cercles et du district de Bamako. Selon les mêmes dispositions, les maires et les autorités communales autorisent l'ouverture et la fermeture des CSCom. Une convention d'assistance mutuelle lie les mairies et les ASACO pour la gestion des CSCom.

Selon le code des collectivités, le conseil communal délibère entre autres sur la création et la gestion des équipements collectifs d'intérêt communal dans les domaines tels que la santé, l'hygiène publique et l'assainissement.

Les échelons déconcentrés tels que les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les CSRéf dépendent hiérarchiquement de la Direction Nationale de la Santé (DNS).

Les centres de santé de référence (CSRéf)

Ils constituent un maillon important de l'organisation de la référence opérant entre les CSCom et les hôpitaux régionaux. Le CSRéf fait partie du dispositif de santé publique du district sanitaire avec l'équipe cadre du district (ECD). Les deux fonctions de soins, et de santé publique s'y trouvent combinées sous l'autorité du médecin chef de district. Grâce à son plateau technique dont la composition est définie par les normes et standards, il s'agit d'une pièce importante dans la prise en charge des cas compliqués référés par les CSCom. Leur contribution est essentielle à la réduction de la mortalité maternelle et infantile par les soins néonataux d'urgence complets (SONUC) et l'appui technique aux CSCom pour les soins néonataux d'urgence de base (SONUB) et la surveillance et le contrôle des affections endémo-épidémiques telles que le paludisme, la dracunculose, la méningite cérébro-spinale, et celles justifiables de la vaccination. La fonction de supervision et d'appui-conseil exercée par les ECD opérant à partir des CSRéf a été d'une grande utilité à l'expansion des CSCom.

Aspects positifs :

- Les CSRéf ont permis de rapprocher les services spécialisés de la population et de résoudre des problèmes (notamment dans les domaines tels que la chirurgie, la gynécologie, les laboratoires et la radiologie) qui naguère justifiaient une évacuation dans les capitales régionales ou à Bamako ;
- La prise en charge des malades référés par les structures placées en aval telles que les CSCom dans le cadre d'un système de référence-recours organisé autour des CSRéf disposant d'un niveau de qualification du personnel et de plateaux techniques supérieurs. Le fonctionnement de ce système de référence-recours a été amélioré grâce à l'organisation des évacuations sanitaires autour des CSRéf et la mise en place d'un système mutualisation des transports des malades.

Problèmes relevés :

- Alors même que le législateur a pris soin de clarifier le rôle de chaque acteur dans le cadre de la décentralisation et des transferts des compétences, et malgré la mise en place d'une structure en charge de l'appui au transfert de compétences[122,123], d'importants dysfonctionnements et divergences persistent (Voir section 4.1 gouvernance). Ils sont liés à l'interprétation des textes, à l'application de la convention d'assistance mutuelle bien qu'elle ait été signée par 96% des ASACO, à l'inefficacité d'un nombre important de comités paritaires, au retard dans la mise en place des subventions de l'Etat. Ces dysfonctionnements créent et entretiennent des tensions qui, à défaut de mesures correctrices appropriées, risquent d'affecter négativement le fonctionnement des CSRéf et des CSCom qui absorbent aujourd'hui une part importante de la demande de soins (environ 50 %)[124] ;
- La séparation des fonctions de l'ECD entre ses fonctions de santé publique et ses fonctions cliniques et chirurgicales est posée aujourd'hui comme pouvant contribuer à l'amélioration de l'exercice de chacune de ces fonctions (notamment une ECD davantage disponible pour contribuer à une meilleure organisation de l'appui technique - conseil (santé publique) aux CSCom. Mais aussi la partie clinique et chirurgicale des CSRéf mieux préparée et concentrée sur une prise en charge de qualité des cas référés par les CSCom.). Les conditions de cette séparation n'étant pas précisées jusqu'ici, il semble important d'anticiper l'impact que cette séparation pourrait avoir notamment par rapport :
    - à la participation à la supervision formative et à la formation continue des professionnels techniques travaillant dans les CSCom par l'équipe de cliniciens, de chirurgiens et des spécialistes en charge du plateau technique ;
    - à la consolidation des rapports statistiques pour l'ensemble des établissements de santé du cercle ;
    - à la supervision technique des professionnels exerçant une activité libérale ;
    - aux moyens mis à disposition par les programmes prioritaires de santé publique qui financent d'une part des activités cliniques et chirurgicales et d'autre part l'organisation et la gestion des interventions de santé publique.
- – Malgré les tendances à l'amélioration des moyens de transport, l'organisation de la référence et de la contre-référence souffre de la faiblesse voire de l'inexistence d'un système de

[122] MSHP/CADD, 2012, Guide d'opérationnalisation du Décret N°2-314/PRM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé ; 2e édition, novembre, 58p.
[123] MSHP/CADD, 2012, Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé. Tome 1 (39 pages) et Tome 2 (39 pages), no-vembre 2012.
[124] Boston Consulting Group, 2010, Etude sur le secteur privé au Mali, pour le compte de la Banque mondiale à la demande du MSHP, avril, 103 pages.

communication efficace entre l'équipe clinique du CSRéf et l'équipe technique des CSCom.

Les établissements publics hospitaliers

La réforme des hôpitaux a été conçue pour donner un nouveau souffle au secteur hospitalier qui ne répondait plus aux exigences de gestion, de qualité des services et de performances techniques. Depuis le premier PRODESS des réformes ont été initiées dans cette perspective. La loi hospitalière a précisé dans ce sens le statut juridique, les organes et les procédures de gestion, les règles de fonctionnement, l'organisation et a fixé de nouvelles directives pour le service public hospitalier et l'élaboration des projets d'établissements.

Malgré cette réforme, l'évaluation a noté des dysfonctionnements importants et graves dans les hôpitaux, y compris les plus récents. Les EPH souffrent de problèmes structurels et conjoncturels qui impactent leur productivité, leur efficacité et leurs résultats techniques en matière de prestations de services mais aussi leurs performances en matière de gestion. Il s'agit de problèmes liés aux retards dans la mise en place des dispositions de la loi en particulier pour ce qui concerne les projets d'établissements, de ruptures de stocks de médicaments essentiels ou vitaux et des réactifs sur de longues périodes, de l'état de dégradation avancée de certains équipements voire de leur obsolescence, de l'absence d'une politique de maintenance biomédicale. Certains problèmes sont liés aux personnels et au fonctionnement du sytème, comme l'accueil des malades, l'absentéisme du personnel, l'insuffisance de dialogue entre les acteurs de l'hôpital, l'irrégularité dans la tenue des réunions de la commission nationale hospitalière prévue par l'article 17 ainsi que des organes consultatifs dont la commission médicale d'établissements (CME). Le manque d'emprise réelle de la commission des soins obstétricaux, du comité technique d'établissement et du comité technique d'hygiène et de sécurité sur les décisions concernant la gestion des établissements ont pour conséquences la détérioration actuelle constatée, l'absence d'attention accordée à l'hygiène des services, les lacunes dans le suivi des dossiers des malades. Les recommandations contenues dans les comptes rendus des Conseils d'Administration consultés par l'équipe d'évaluation ne sont pas suivies d'effets. L'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) a inauguré un système d'évaluation annuelle du contrat de performance Etat/établissements hospitaliers depuis 2006. En 2009, une évaluation des contrats de performance de l'Etat avec les hôpitaux (nationaux et régionaux) a révélé que moins de 50 % des hôpitaux ont atteint les critères de performance selon les indicateurs établis. La récente évaluation de 2015 révèle une baisse considérable de leur performance (aucun des hôpitaux n'a atteint les 15 % des critères de performance). Les contrats de performance en 2014 n'ont été signés par aucune des parties (DG des hôpitaux et Ministres). Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier cette situation ; les hôpitaux se plaignent que les incitations prévues par l'Etat ne sont pas honorées. Un manque d'appropriation réelle par le personnel est également noté. L'introduction de ce puissant outil de gestion et de dialogue entre les hôpitaux et l'Etat en vue de l'amélioration de la performance de ceux-ci ne semble pas être optimisée.

Les hôpitaux dans le système malien ont été pensés pour être des modèles d'excellence en offrant à la population des prestations de services de références et en contribuant à la formation des futurs praticiens (Voir section 4.3.3 Ressources Humaines). Dans la pratique, les dérives relevées dans les pratiques professionnelles du point de vue déontologiques et gestionnaires sont préjudiciables à la qualité des prestations de services dispensées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La situation décrite est suffisamment grave pour qu'une réponse urgente soit proposée.

Les établissements spécialisés et les centres de référence nationaux

En plus des EPH, d'autres établissements contribuent aux prestations de services spécialisés en offrant leurs plateaux techniques en tant que structure de référence nationale à vocation de recherche ou de formation. Au nombre de ceux-ci, sont comptabilisés : le Centre Hospitalier Universitaire d'Ophtalmologie Tropicale (IOTA) ; le Centre Hospitalier Universitaires d'Odontologie et de stomatologie CHU-OS ; les centres spécialisés tels que le centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (CRLD), le centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CEMA), le centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS), des

organismes personnalisés tels que l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Laboratoire National de la Santé (LNS), et l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA).

Problèmes relevés :

Malgré leur existence depuis plusieurs années, la coordination de ces différents services de référence nationale est insuffisante. Leur décloisonnement à travers la définition de cadres de collaboration formels clairement définis leur permettrait de mutualiser leurs moyens surtout face à une menace de santé publique d'importance telle que celle liée à Ebola.

En outre, sur les aspects spécifiques aux produits pharmaceutiques, la DPM et la PPM jouent toutes deux un rôle de premier plan dans le SDAME notamment dans la planification, l'approvisionnement, et la distribution des médicaments. Grâce à l'existence d'un dense réseau de distribution au niveau régional et local, la PPM est présente sur l'ensemble du territoire. Dans le secteur privé, plusieurs grossistes concentrés dans la capitale, et les officines dont la plupart sont installées dans les villes constituent des partenaires importants dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutiques nationale (voir module 4.4 Gestion des produits pharmaceutiques).

Les dysfonctionnements du système d'approvisionnement, de distribution, de contrôle de qualité des médicaments, des réactifs et autres produits médicaux ainsi que de dispensation des médicaments (voir module 4.4 Gestion des produits pharmaceutiques) entrainent des ruptures des stocks préjudiciables au SDAME. L'introduction de médicaments illicites ou inefficaces impacte la qualité des soins et l'accessibilité géographique et financière des médicaments de bonne qualité.

Les soins de santé essentiels

Les leçons tirées de plusieurs expériences d'utilisation des agents de santé communautaire (ASC) et les relais communautaires ont permis de formuler une nouvelle stratégie permettant de prolonger les actions des CSCom dans les communautés. La question de la rétribution des agents est au centre des discussions même après la formulation de la stratégie des soins essentiels dans la communauté (SEC)[125] (voir également module 4.3 Ressources humaines).

Les maternités rurales

Quoique n'étant pas autorisées, elles existent en nombre important surtout dans les régions de Koulikoro, et de Sikasso (plus d'une centaine). De l'avis des autorités de santé publique, lors des visites faites par l'équipe d'évaluation à Dioila et à Koulikoro, elles ne font pas partie de la pyramide sanitaire et sont censées être absorbées par les CSCom (mais la plupart de ceux-ci résistent à cet encombrant héritage). Du fait des compétences limitées du personnel opérant à ce niveau et offrant des soins de qualité douteuse donnant lieu à des évacuations tardives et du manque de supervision par les équipes techniques des CSRéf et des CSCom, de l'avis de certaines autorités sanitaires, les maternités rurales isolées sont « des niches aggravant la mortalité maternelle et néo-natale ».

Le secteur privé à but lucratif

Une étude du secteur privé réalisée au Mali par Boston Consulting Group (BCG) pour le compte de la Banque mondiale a recensé de manière exhaustive la place du secteur privé dans l'offre de soins et tracé quelques perspectives. Cette étude a mis l'accent sur l'importance grandissante du secteur privé à but lucratif à côté des autres structures assurant des prestations de services[126].

[125] MSP/SG, 2014, Plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014 – 2018, novembre, 49p.
[126] Boston Consulting Group, 2010, Etude sur le secteur privé au Mali, pour le compte de la Banque mondiale à la demande du MSHP, avril, 103p.

Elle révèle d'importants dysfonctionnements dans les rapports entre les services du Ministère de la Santé et ceux du secteur privé à but lucratif et souligne le manque d'implication de ce secteur dans le dialogue politique en matière de santé et dans la formulation des plans et programmes.

Lorsque les services publics et privés existent, la préférence des usagers va aux structures privées pour plusieurs raisons dont l'accueil, la meilleure qualité des infrastructures, la qualité des soins et l'éthique des professionnels. Toute chose étant égale par ailleurs, les honoraires payés ne semblent pas constituer un obstacle pour les usagers.

Les visites de terrain réalisées lors de l'évaluation ont quant à elles permis de faire les constats suivants : l'absence d'une formalisation d'un suivi effectif des cabinets et cliniques par les autorités de santé publique (DRS, ECD) ; la participation limitée des cabinets et cliniques privés aux statistiques sanitaires ; la méconnaissance des normes et standards officiels élaborés par le Ministère de la Santé ; la non tenue d'un inventaire fiable des structures privées existantes par les services du Ministère de la Santé. Cependant, les praticiens privés évoquent de temps à autre recevoir une invitation pour participer aux activités de formation organisées par le MSHP. Plus rarement, les services du secteur privé à but lucratif collaborent avec ces projets et programmes en dehors de leur participation à certaines sessions de formation.

Les programmes de lutte contre les maladies

En application des engagements du Gouvernement et des opportunités de financement des initiatives mondiales de santé, le Mali a élaboré des programmes de lutte contre les maladies. Ces programmes nationaux de lutte contre la maladie (VIH/Sida, santé de la reproduction, paludisme, tuberculose, etc.) ont contribué à la mise en place de procédures techniques de prévention et de traitement ainsi qu'à la fourniture d'intrants spécifiques tels que les médicaments, les réactifs et divers consommables aux établissements de soins. A côté de ces programmes existent des projets pilotes de recherche et d'expérimentation, ou des projets à résultats rapides à haut impact circonscrits dans des zones précises. Des points focaux sont en place dans les DRS et dans les CSRéf. Cette présence n'est pas systématique et semble plutôt liée aux capacités des programmes et de leurs points focaux. Jouissant de moyens appropriés, ils contribuent à la supervision, au suivi des programmes et à l'opérationnalisation des activités du programme.

Aspects positifs :

Les programmes soutiennent les CSRéf et les CSCom pour la continuité de leurs prestations de soins et notamment pour couvrir les besoins de financement des gratuités. Ils contribuent en outre au fonctionnement des ECD. Ces programmes permettent également aux centres gérés par les ONG, telles que l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la famille (AMPPF), l'Association pour le Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP) de fonctionner. Grâce aux financements bilatéraux et multilatéraux des PTF (USAID, Fonds mondial, UNICEF, UNFPA, etc.) certaines prestations à haut impact ont aussi pu être offertes aux populations. Il s'agit notamment de la planification familiale, de la nutrition, de la lutte contre les maladies diarrhéiques par l'hygiène et le lavage des mains.

Grâce à ces programmes, des normes et standards techniques pour plusieurs interventions ainsi que des cadres stratégiques ont été élaborés et mis à jour. Ils ont permis de développer des systèmes de suivi-évaluation fonctionnels pour le suivi des progrès réalisés par rapport aux cibles. Ils ont permis un meilleur traçage des intrants et favorisé une certaine redevabilité lors des revues. En raison des contraintes qui ont régulièrement pesé sur les ressources budgétaires de l'Etat, le financement des programmes permet sur une période fixe d'apporter des moyens additionnels et de garantir la continuité des services pour la lutte contre certaines maladies et certaines interventions prioritaires de santé publique.

Problèmes relevés :

Par les importants moyens ciblés sur des zones spécifiques, les programmes ont contribué à créer des ilots de services nantis aux côtés d'un vaste ensemble de services dépourvus de moyens par rapport aux missions qui leur sont confiées. Ils proposent des normes et standards validés mais éparpillés dans différents documents plutôt que d'être rassemblés dans un document unique de référence et à la portée de tous les acteurs. Malgré une volonté affirmée d'intégrer les programmes dans tous les documents stratégiques, la mutualisation de leurs moyens n'a pas atteint une échelle permettant d'avoir un réel impact. Le partenariat entre ces programmes et le secteur privé à but lucratif est faible et se limite à une invitation de ces derniers à participer à des sessions de formation continue.

Le manque de coordination et de suivi des programmes au niveau central conduit souvent à :

- Ne pas tirer les leçons pour un passage à échelle ou pour réviser les stratégies existantes à temps (exemple de l'expérience FBR dans la région de Koulikoro) ;
- Un manque de pérennité au terme de leur financement car dépendant fortement des financements extérieurs (Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le Paludisme ; PEPFAR ; Initiative du Président des Etats Unis pour la lutte contre le Paludisme (PMI) ; Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), etc.) ;
- Une interruption des prestations assurées par les programmes car non relayées par les services de routine ;
- La non absorption du personnel des programmes habitués à des salaires que l'administration ne peut garantir bien qu'ils aient acquis des compétences utiles et réelles ;
- L'insuffisance de mutualisation des moyens dont disposent ces programmes en dehors de quelques supervisions conjointes ;
- Des implications négatives sur le SNIS/SLIS du fait de la multiplication des besoins de rapportage spécifiques pour chaque programme.

4.6.2 Problématiques et enjeux actuels des prestations services

a. Le système d'information sanitaire et les prestations de services

A partir des données du SNISS/SLIS, il n'a pas été possible de connaître le profil actuel du secteur privé à but lucratif ni de disposer de données actualisées du niveau de performance des différentes catégories d'établissements de santé.

Plusieurs systèmes de rapportage et de suivi-évaluation juxtaposés existent suivant les besoins des programmes de lutte contre les maladies prioritaires sans une réelle consolidation d'ensemble et sans un partage effectif des données en temps réel entre les différentes parties prenantes.

Seuls les indicateurs liés aux cibles des OMD ont fait l'objet d'un suivi quasi-systématique au regard des engagements internationaux pris par le Mali et grâce à des études réalisées à la demande de certaines initiatives mondiales de santé ou dans le cadre de la production de rapports périodiques exigés par les partenaires (agences du système des Nations Unies, partenariat international pour la santé-IHP+, Union Africaine, la Commission Economique pour l'Afrique).

Les données du secteur privé à but lucratif ne sont que très rarement transmises aux centres chargés de compiler des statistiques sanitaires. Ceci est valable au niveau des grandes agglomérations mais également au niveau des petites localités. A cet égard, aucune contrainte n'oblige le secteur

privé, et les autorités de santé publique ne sont pas pro actives. En considérant que le niveau de contribution du secteur privé à but lucratif dans l'offre de soins augmente et que la part de la demande qui s'adresse à lui va grandissante[127], alors il est probable que les statistiques de morbidité et de mortalité publiées à partir des données produites par les seules structures publiques (avec tous les aléas liés à la complétude et à l'exactitude des statistiques) ne reflètent pas la situation réelle. L'utilisation de ces statistiques aux fins de planification ou de prise de décisions basées sur des bases factuelles fiables peut-être erronée. (voir module 4.5 Système d'Information Sanitaire).

La participation du secteur privé dans le système de surveillance et d'alerte épidémiologique souffre aussi d'importants dysfonctionnements dont les conséquences ont été graves au regard des récents problèmes survenus lors de l'épidémie d'Ebola (une clinique privée jouissant d'une solide réputation a été la porte d'entrée de l'épidémie au Mali).

De ces constats, promouvoir l'utilisation des statistiques sanitaires à travers la révision du système d'information sanitaire est une urgence si le Mali souhaite améliorer de façon effective sa planification en se basant sur des analyses discriminantes fines.

b. Les nouveaux défis autour des prestations de services

Passer d'une conception centralisée de la gestion de l'offre de services entre les mains de l'Etat à un transfert effectif de responsabilités et de moyens aux représentants des collectivités décentralisées.

Subséquemment, développer les capacités gestionnaires des élus et renforcer le dialogue intercommunautaire avec les ASACO.

Prendre en compte, la crise humanitaire complexe dans le Nord (Gao, Tombouctou, Kidal et 3 cercles de la région de Mopti) et ses répercussions en termes de perte de l'autorité de l'Etat et de sa présence, de destruction des infrastructures et des nouvelles revendications par rapport à la gestion politique et administrative d'une partie du territoire.

Assurer la volonté politique de concrétiser la couverture maladie universelle (CMU) à travers l'AMO, et le RAMED en renforçant les moyens financiers et humains.

Poursuivre la réforme du secteur hospitalier public en tenant compte des nombreux dysfonctionnements actuels.

Favoriser une meilleure utilisation du potentiel qu'offre le réseau de centres nationaux de références en mutualisant leurs savoir-faire et leurs moyens.

Faire jouer un rôle effectif au secteur privé à but lucratif qui doit être considéré comme partie intégrante du système national de santé et de l'offre de services.

4.6.3 Analyse de la performance des prestations de service

a. L'équité

Selon l'OMS, *« L'équité est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personne. Ainsi l'absence d'équité va au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver. Cette absence d'équité résulte de l'impossibilité d'éviter ou de surmonter les injustices ou le non-respect des droits humains. ».*

[127] BCG, 2010, Rapport sur le secteur privé au Mali, avril, 103p.

« Il n'y a pas de concept d'équité universel mais des réponses qui dépendent des valeurs que la société concernée veut défendre »[128].

Au Mali, l'équité figure parmi les principes et valeurs énoncés dans la politique sectorielle de santé et population (1990), et est reprise dans le PDDSS et les PRODESS successifs. Ainsi, l'inégalité dans l'accès aux soins de santé des populations démunies, des groupes vulnérables, ou des populations vivant dans des zones déshéritées, peu peuplées, nomades, ou enclavées sont indiquées comme des facteurs d'iniquité pour ces groupes de population que les stratégies et les programmes mis en place ambitionnent de résoudre. Est également évoquée comme facteur d'iniquité la concentration de certains services spécialisés dans la capitale du pays auxquels les populations vivant dans des zones éloignées ne peuvent accéder sans payer un surcoût considérable. De même, l'asymétrie dans l'accès aux soins et traitement relatifs au VIH/Sida et aux maladies sexuellement transmissibles (MST) des femmes par rapport aux hommes a constitué pendant longtemps une autre iniquité. Les politiques de gratuité et de subventionnement de certaines prestations promues par le gouvernement tentent de « réparer » un certain nombre d'iniquités (voir encadré 3). Les schémas d'assurance maladie dans le cadre de l'ANAM et du RAMED sont eux aussi définis et mis progressivement en œuvre dans le but d'apporter une réponse à ce qui est défini comme inéquitable pour le gouvernement malien (voir module 4.2 Financement).

Problèmes relevés :

L'objectif stratégique QS6 et notamment le résultat attendu R5.6.1 du PRODESS III fait référence à l'équité : « la couverture géographique est augmentée avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées avec comme indicateurs : le nombre de contact/ habitant/an) ». Cet indicateur réfère à la dimension géographique sans prendre en compte les dimensions liées au genre, à l'analphabétisme, aux handicaps et aux capacités financières. Cette évaluation n'a pas pu identifier au sein du MSHP un service chargé de suivre la réduction des iniquités en matière de prestations de services. Il est possible que le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, plus orienté sur les aspects liés à la protection des groupes vulnérables et des personnes handicapées (protection juridique, promotion du statut économique et sociale des groupes vulnérables et des handicapés) ait des missions plus spécifiques et plus explicites, et une organisation des services plus appropriée pour apporter des réponses aux questions d'iniquité.

b. L'accessibilité

L'accessibilité des prestations réfère ici à la disponibilité de l'offre de services (couverture, utilisation) et à l'accessibilité financière.

Pour ce qui concerne la disponibilité de l'offre de services, de 2004 à 2014, le nombre de CSCom a doublé, passant de 699 à 1204[129]. Quant à l'accessibilité financière, l'application des politiques de gratuité dans la plupart des CSCom[130] et des CSRéf a permis d'accroitre l'utilisation des services notamment des césariennes, de la CPN, des vaccinations. Les données de l'EDS 2012-2013 indiquent que : 74 % des accouchements sont effectués dans des formations sanitaires ; 59 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié ; trois-quarts des femmes ont reçu des soins prénataux d'un prestataire formé. La couverture vaccinale a été estimée à : 84 % pour le BCG avant 23 mois ; à 80 % pour le Penta-DTCoq avec des déperditions non négligeables après le premier

[128] Extrait de Rochaix L, Tubeuf S., sans date, Equité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche, 19p.
[129] DNS, 2014, SLIS 2014.
[130] Les entretiens menés lors de l'évaluation soulèvent toutefois quelques interrogations quant à la disponibilité et à la péremption de produits pharmaceutiques liés aux gratuités alors que les mêmes produits présents dans les dépôts pharmaceutiques des CSCom en dehors des mécanismes de gratuité sont en ruptures (Voir module 4.4 Gestion des Produits pharmaceutiques).

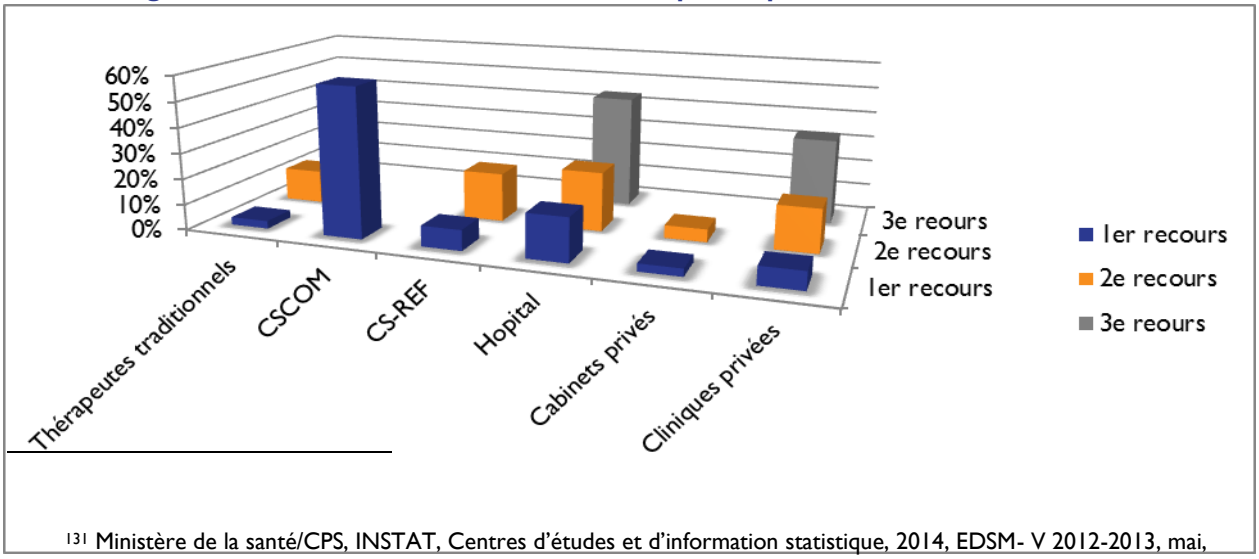
contact (21 % entre la première et la troisième dose). Pour la polio la couverture vaccinale est estimée à 84 % à 12 mois[131]. Selon l'enquête modulaire et permanente[132] : 80 % des personnes enquêtées déclarent accéder à une infrastructure sanitaire à moins de 5km ; un individu sur 5 indique parcourir plus de 5km pour recourir à une structure de santé ; seulement 7 personnes sur 10 ayant été malades, et qui ont indiquées éprouver des difficultés lors des consultations, évoquent la cherté de la consultation comme difficulté la plus importante (73,1 %) ; parmi le groupe de personnes ayant été affectées par une maladie et qui n'ont pas eu de recours, 31,7 % jugent la consultation trop chère.

Une situation particulière mérite une analyse plus approfondie quant aux choix de recours aux soins faits par les patients en cas de maladie (Voir figure 4.6.1). En effet selon les résultats de l'enquête modulaire et permanente[133] réalisée auprès des ménages sur le parcours de soins des individus : 63 % malades renoncent aux soins ; 15 % choisissent l'automédication ; 42 % des malades choisissent d'obtenir des conseils dont 41 % choisissent de consulter dans les structures sanitaires du secteur moderne.

Par rapport aux itinéraires thérapeutiques, les éléments suivants ont été observés :

- 58 % des premiers recours se font dans les CSCom (81 % en milieu rural ; 40 % en zone urbaine) ;
- 3 % des recours de première intention se font auprès des tradithérapeutes et 13 % des seconds recours ;
- 3 % des premiers recours se font dans les cabinets privés ; 7 % des premiers recours ont lieu en cliniques privées à but lucratif, atteignant au troisième recours 33 % ;
- 17 % des premiers recours se font dans les hôpitaux et atteignent 44% au troisième recours. Les dysfonctionnements dans les hôpitaux (problèmes d'accueil des malades, ruptures de stocks de médicaments et de réactifs, offres aléatoires des services du plateau technique) ont eu comme conséquences une certaine incertitude quant à la disponibilité des services et même dans ceux en charge des urgences. En outre, les patients hospitalisés dans les hôpitaux publics sont généralement souvent obligés d'acheter dans les officines privées les médicaments qui leurs sont prescrits et de recourir aux laboratoires privés pour leurs analyses afin de recevoir des soins.

Figure 4.6.1 Choix de recours aux soins faits par les patients en cas de maladie



[131] Ministère de la santé/CPS, INSTAT, Centres d'études et d'information statistique, 2014, EDSM- V 2012-2013, mai, 403p.

[132] INSTAT, 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), Rapport d'analyse deuxième passage, Accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages, novembre. 52p.

[133] INSTAT, 2014. Référence citée précédemment.

Source : INSTAT, 2014

c. La qualité

L'évaluation du PDDSS 1998 – 2007 a révélé que la qualité des services de santé fait défaut d'une manière générale au Mali[134].

Dans la littérature, certains auteurs définissent la qualité des soins selon 11 dimensions[135]. Mais l'analyse proposée dans cette évaluation fait référence à composantes liées à la qualité décrites par Donabédian[136,137] : la structure, les procédures et les résultats.

Par rapport at la structure

Les CSCom ont pour la plupart été construits et équipés suivant les standards officiels. Une vérification de conformité des plans est faite par les structures appropriées du MSHP telles que la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS). Ses moyens ont besoin d'être renforcés pour répondre aux nouvelles créations et aux besoins de rénovations. Lors des entretiens menés pendant l'évaluation, la présence d'équipements (fauteuils dentaires, échographes) ne correspondant pas aux normes techniques, a été observée dans plusieurs CSCom. Leur présence résulte de dons, ou sont la conséquence d'arrangements avec des professionnels (fonctionnaires) qui organisent une pratique lucrative au sein de ces structures. Ceci pose la question des limites des prestations autorisées par niveau, du respect des normes établies, et de leur contrôle par l'autorité. Ceci pose également la question du besoin de consolider les collaborations entre les services techniques du MSHP (CEPRIS, CADD) et l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités territoriales (ANICT) en charge de la gestion financière et comptable des financements destinés aux infrastructures des collectivités locales (Voir module 4.1 Gouvernance).

Dans les CSRéf en général, l'harmonisation des équipements et des infrastructures a permis de disposer d'un réseau de CSRéf avec des équipements standards à l'exception de cas de dons non conformes à ces standards. La vigilance par rapport aux dons en équipements (radio, échographes, matériels de laboratoire) d'origines diverses et d'âges variés est à renforcer pour éviter les nuisances qui peuvent en résulter surtout en l'absence de programme de maintenance. Le service d'entretien du parc automobile et du matériel technique (SEPAUMAT) chargé de la maintenance biomédicale est basé à Bamako et opère avec des effectifs et des moyens logistiques trop limités pour couvrir les besoins des zones très reculées dans un pays aussi vaste que le Mali.

Les EPH méritent une attention particulière du fait de la volonté du MSHP d'en faire des centres d'excellence. Or de nombreux dysfonctionnements sont relevés : des équipements très onéreux acquis par ces hôpitaux souffrent de problèmes de maintenance et d'une indisponibilité de pièces détachées (scanners, appareil de dialyse, densitomètres osseux, etc.)[138]. Certains équipements ne peuvent être exploités faute de personnel qualifié (cas de l'appareil de Résonnance Magnétique Nucléaire (RMN) acheté à grand frais par l'hôpital du Point-G). Bien que les questions liées à l'hygiène hospitalière et de l'élimination des déchets biomédicaux soient affirmées comme des

[134] CPS, MSHP, MDSSPA, 2011, Evaluation externe du Plan Décennal du Développement Sanitaire et Social 1998-2007, Document ronéotypé, aout, 90p + annexes.
[135] The Association of Faculties of Medicine of Canada, Notions de santé des populations, Partie 3, chapitre 13 : L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins de santé.
[136] Donabédian A, 1988, The quality of care : how it can be assessed, JAMA, pp.1743-1747.
[137] Donabédian cité par Mariko M. et alii, 2003, Accès aux soins de qualité : résultat d'une étude empirique menée à Bamako (Mali).
[138] Les entretiens menés au cours de l'évaluation ont mis en exergue que tous les scanners des hôpitaux publics sont tombés en panne qu'au même moment durant plusieurs mois. Les malades justifiant alors d'un diagnostic par scanner étaient obligés de s'adresser aux centres de radiodiagnostic privés de la ville à des prix exorbitants.

priorités par l'autorité dans le PRODESS III et malgré l'existence d'un programme adopté par l'autorité de santé publique, dans les EPH, aucune priorité ne leur est accordée.

Pour le secteur privé à but lucratif, il n'existe aucune base de données fiables sur les équipements dont il dispose, et encore moins sur l'habilitation de son personnel à manipuler ces équipements. Cependant, une enquête[139] sur le comportement de soins des populations dont les données ont été analysées suivant une analyse factorielle en composante principale indique que pour la qualité des équipements, la compétence du personnel, la propreté des locaux et l'éthique professionnelle, les cabinets privés sont jugés meilleurs que ceux des services publics. S'il n'est pas possible de vérifier l'inférence statistique de ces données à l'ensemble du pays, elles ont au moins le mérite de soulever une question qu'il y a lieu de prendre en compte dans les futures politiques.

L'application des procédures et standards :

Les efforts des autorités de santé publique ont porté sur l'établissement de normes et de standards des pratiques professionnelles. Plusieurs référentiels ont été élaborés au nombre desquels le plan d'assurance qualité pour les laboratoires d'analyses médicales au Mali 2011-2011[140] le référentiel pour l'accueil des malades dans les hôpitaux (2010) ainsi qu'un guide d'élaboration des référentiels à l'attention des établissements hospitaliers du Mali[141]. De manière spécifique, en 2014, l'ANEH avait été invitée par son propre Conseil d'Administration à élaborer des référentiels pour l'hygiène hospitalière, la prise en charge des urgences chirurgicales, et pour l'antibiothérapie. La CANAM avait mis à disposition de l'ANEH 20 millions pour la finalisation des documents relatifs aux référentiels cités. Ces référentiels souffrent de problème de diffusions auprès du personnel sanitaire faute de moyens budgétaires (raison évoquée lors de l'évaluation). Le référentiel pour l'accueil (2010) des malades n'a jusqu'ici pas été diffusé alors qu'un réel besoin existe.

La plupart des normes et standards sont actualisés et font l'objet de mise à jour périodique. La contribution des programmes de lutte contre les maladies prioritaires à l'élaboration des procédures a été très significative. Toutefois, ces normes n'ont pas été rassemblées dans un manuel unique ou sur un support numérique ou sur un site web du Ministère de la Santé, ce qui en rend l'accès difficile et l'exploitation peu aisée. En outre, elles ne servent pas encore de référence dans le secteur privé à but lucratif d'autant que ce secteur n'est généralement pas associé à leur élaboration (voir module 4.1 Gouvernance). Il est relevé lors des entretiens menés pendant l'évaluation que la pratique d'évaluation de la qualité des prestations de soins n'est pas systématique dans les hôpitaux et que les procédures techniques existantes ne sont pas connues de tous.

Les résultats obtenus par le système de santé par rapport aux prestations de services

Les CSCom représentent 56 % des contacts dans les structures de soins conventionnels (en moyenne 0,23 contacts par habitant et par an). Malgré les efforts qui restent à faire pour atteindre les standards de l'OMS (environ 1 contact par individu et par an), une augmentation de l'utilisation des services offerts par les CSCom est relevée. Un renforcement de la supervision des CSRéf vers les CSCom et la disponibilité des intrants et les possibilités d'amélioration liées à l'introduction de la couverture maladie universelle permettra de consolider ces résultats.

Par ailleurs, la médicalisation des zones rurales qui désigne le processus d'implantation de médecins dans ces zones constitue une démarche allant dans le sens du renforcement des compétences mises à disposition de la population. Elle vise à améliorer la qualité des soins et par voie de conséquence

---

[139] Enquête réalisées par le Bureau d'étude RESADE, mandatée par la Banque mondiale dans le cadre de l'étude sur le secteur privé : la situation après l'Initiative de Bamako. L'enquête a couvert 1050 ménages, 3 capitales régionales, le district de Bamako, 8 cercles et 40 communes.

[140] Resaolab, Plan d'assurance qualité pour les laboratoires d'analyses médicales au Mali 2011-2012, 27p.

[141] MSHP/ANEH, 2011, Guide d'élaboration de référentiels à l'attention des Etablissements hospitaliers du Mali. juin, 25p.

l'accès de la population aux soins et aux services de prévention. Bien que les données récentes sur l'impact de la médicalisation sur l'utilisation des services sont rares, il a été observé à Selingué que l'arrivée d'un nouveau médecin directeur a permis en deux ans de faire passer les nouveaux contacts de 0,08 par personne et par an à 0,32 par personne et par an[142]. Dans les faits, le profil des ressources humaines dans les CSCom a vite évolué, d'une part en fonction de l'évolution du marché des diplômés, d'autre part des priorités politiques[143].

Avec un effort de préparation des médecins à l'exercice des fonctions de direction et de gestion des CSCom, la création des CSCOM-U[144] contribue elle aussi à renforcer les compétences des futures élites médicales et des techniciens supérieurs de la santé mises à disposition des populations (voir module 4.4 Ressources humaines).

Dans une perspective d'extension de la couverture géographique d'accès aux soins par les CSCom, les résultats de ces expériences méritent d'être pris en compte tout en gardant en mémoire que jusqu'ici ces expériences sont très dépendantes des financements extérieurs (PPTE, UE, Coopération bilatérale, ONG) et que la plupart des CSCom ne sont pas autosuffisants financièrement (voir encadré 2).

L'amélioration des soins néonataux complets (SONUC) a été permise grâce à l'organisation de la référence et de la contre référence entre CSCom et CSRéf renforcée par la mutualisation des évacuations (mise en place d'un système de contributions anticipées par les différents CSCom leur permettant d'utiliser les ambulances et moyens de transport disponibles dans les CSRéf) des cas référés dans la majorité des CSRéf. A contrario, les soins néonataux d'urgence de base (SONUB) devant être offerts par les CSCom tardent à atteindre un niveau satisfaisant de couverture.

Deux indicateurs ont été choisis pour apprécier la qualité des soins dans les hôpitaux. Le premier indicateur, le taux de mortalité hospitalière, évolue de manière peu satisfaisante : 9,6 % en 2010 ; 10,1 % en 2011 ; 10,8 % en 2012 ; le Point-G enregistre un taux de 21 % et l'hôpital Gabriel Touré un taux de 13,8 %[145]. Le second indicateur, la durée moyenne de séjour mesuré pour les établissements hospitaliers de 2e et 3e référence, indique pour la 2e référence (4,3 jours), et pour la troisième référence (5,4 jours) alors qu'il est globalement de (4,9 jours). Par rapport à ces deux indicateurs, la qualité des soins ne s'améliore pas dans un contexte de dysfonctionnement général, de

---

[142] Audibert M., Roodenbeke E., 2005, Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de situation et perspectives, avril, 110p.

[143] Dès le départ, certains CSCom situés à Bamako avaient recruté un médecin. A partir de 1989, du fait des politiques d'ajustement structurels qui ne permettaient plus les mêmes niveaux de recrutement dans la fonction publique, l'ONG Santé Sud a accompagné les jeunes médecins diplômés à s'installer dans les CSCom des zones rurales. Alors que le PDDSS 1998-2007 définissait le profil du personnel des CSCom comme suit : un infirmier Diplômé d'Etat ; une matrone et d'un agent de dépôt de médicaments. A partir 2002, le mouvement d'installation des médecins de campagne dans les CSCom a été renforcé par l'Etat avec les financements dédiés aux communes dans le cadre de l'Initiative PPTE. L'installation de jeunes médecins dans les CSCom s'est poursuivie dans le temps avec l'appui d'autres partenaires. Les stratégies mises en œuvre ont réussi à attirer les médecins dans les zones rurales, mais la précarité de leurs conditions a constitué un frein à leur carrière auquel l'association des médecins de campagne assistés de l'ONG/Santé Sud tente d'apporter des réponses. En 2003, 11 % des CSCom du secteur rural étaient encore tenus par des aides-soignantes ou des ma-trones et 40 % par des infirmiers diplômés du premier cycle. Soit 51 % de ces établissements n'avaient pas les ressources humaines correspondant au profil prévu par le PDDSS 1998-2007. A contrario, 26 % des centres ruraux étaient tenus par des infirmiers Diplô-més d'Etat et 18 % par des médecins et disposaient du profil en ressources humaines attendus voire supérieur à celui-ci défini dans le cadre des orientations politiques. En 2014, selon l'annuaire SLIS 2014 de la DNS, 32 % des CSCom avaient au moins un médecin (98 % des CSCom de Bamako ; 29 % dans le reste du pays).

[144] Dans le cadre d'un partenariat entre l'Université de Sherbrook, le projet DECLIC, la Faculté de médecine, de pharmacie et odontos-tomatologie et l'Institut de Formation en Sciences de la santé et grâce aux financements de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI), les CSCom de Bankoni, Kognakari. Sanoubougou II, dans les régions de Bamako, Kayes, Sikasso et de Ségou, érigés en CSCOM-U, participent à renforcer les CSCom.

[145] Pour une comparaison éventuelle entre ces deux hôpitaux de référence nationale, ces données devraient être ajustées en tenant compte du nombre de lits, et de la gravité des pathologies accueillies.

faible performance des services cliniques et des plateaux techniques, et d'un personnel réduit à multiplier ses activités en-dehors des hôpitaux d'affectation (lesquelles activités sont autorisées par la loi hospitalière sans délimitation).

Récemment une étude sur l'assurance de qualité et l'accréditation a été réalisée sous l'égide du MSHP (ANEH et DNS)[146]. Elle révèle des expériences réalisées au Mali pour promouvoir la qualité des soins : le KENEYA CIWARA, basé sur un mécanisme d'accréditation avec une forte composante participative basé sur l'auto-évaluation et l'émulation dans les CSCom, conduit en 2003-2013 par le projet ATN plus ; une expérience de financement basé sur les résultats (FBR) dont l'impact sur la qualité des soins a été très important et apprécié par tous les protagonistes impliqués dans cette expérience promue par l'Organisation Néerlandaise de Développement (SNV) et l'Agence Luxembourgeoise pour la Coopération au Développement (LUX -DEV) à Koulikoro (voir Annexe 3). Ces expériences plaident en faveur de la mise en œuvre rapide des recommandations de cette étude notamment par la concrétisation d'un programme d'accréditation pour l'ensemble des formations sanitaires tant publiques que privées qui commencerait par les structures publiques (EPH et CSRéf), se poursuivrait avec celles du secteur privé à but non lucratif (CSCom), puis avec celles du secteur privé à but lucratif et enfin serait étendue à l'ensemble des institutions sanitaires. Dans un tel cadre, la question du changement de statut de la DNS en DGS pour lui permettre de prendre en charge la politique hospitalière est posée. Mais la question va au-delà de ce changement, en vertu de nombreuses failles constatées dans le fonctionnement des hôpitaux et compte tenu de leur faible performance. Dans le contexte actuel, ne faudrait-il pas véritablement revoir l'objectif assigné aux hôpitaux sur la base des résultats d'une évaluation indépendante ?

4.6.4 Participation des parties prenantes des prestations de services

a. La problématique de la participation et du rôle des parties prenantes

Secteur privé à but non lucratif

La décentralisation vise à promouvoir l'auto-administration et le développement autocentré par les populations en fonction de leurs priorités locales. Un cadre clair a été défini à cet effet par le législateur pour réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé. Des expériences ont été réalisées[147]. Malgré les efforts du Gouvernement, le transfert de compétences est lent et a fait émerger d'importants problèmes qui sont de nature à impacter négativement les dynamiques de partenariat promues entre communes et ASACO et à termes le fonctionnement des CSCom.

En dehors de mécanismes pérennes, la compatibilité entre les politiques de gratuité adoptées par le Gouvernement dans sa quête de couvrir les besoins de groupes vulnérables, et le recouvrement des coûts dans les CSCom risquent d'affecter leur viabilité. Pour des raisons diverses, les risques sont amplifiés du fait du non versement des subventions en contre partie par l'Etat, des retards dans les remboursements qui font supporter le prépaiement des gratuités par les CSCom et comme observé pendant l'évaluation, de la non distribution des médicaments liés aux soins gratuits dans les CSCom qui ne veulent pas en préfinancer les coûts[148].

[146] Balique H., Simpara C.T, Koita N., Diabate O. Diallo Bokari. 2014, Rapport de la mission d'analyse du processus d'accréditation d'assurance qualité au Mali, Rapport final.
[147] www.kit.nl/health/WP-cntent/uploads/publications/1425.Bulletin%20383.pdt
[148] L'équipe d'évaluation a observé que lorsque les médicaments essentiels génériques destinés aux gratuités dans les dépôts pharmaceu-tiques des CSCom périment que les mêmes produits non liés à la gratuité sont en rupture de stock.

Secteur privé à but lucratif

Malgré l'ouverture faite aux services privés dans les textes (loi hospitalière) de leur participation au service public hospitalier, et malgré les opportunités de formation continue qui leur sont offertes, globalement la persistance des barrières entre secteur public et secteur privé à but lucratif limite la contribution qu'aurait pu apporter ce secteur privé dans des actions de santé publique.

« Le secteur privé fruit d'un choix sous contrainte et d'un renoncement de l'Etat à rester l'opérateur unique de santé, a pesé sur les circonstances de création et influencé la représentation collective et la légitimité du secteur privé »[149]. Cette observation résume bien les raisons d'une fracture entre deux secteurs dont la complémentarité pourrait permettre au Mali d'accroitre la performance de son potentiel de soins de santé. Egalement de nature à accroitre ce fossé, les complexes entre enseignants hospitalo-universitaires et praticiens en exercice libéral, et la tendance à croire que le service public est plus équitable que le privé. D'autres observations mettent l'accent sur la faible participation des acteurs du secteur privé dans le dialogue politique, la planification stratégique et opérationnelle alors même que la contribution du secteur privé (y compris les CSCom) aux soins curatifs représente globalement 80 %. Il a été également observé l'absence de participation du secteur privé à but lucratif à la définition de l'environnement règlementaire dans lequel le secteur privé évolue, alors que les ASACO, à travers leur FENASCOM, assistent aux différents fora organisés par le MSHP. Ceci limite la prise en compte des spécificités inhérentes au secteur privé à but lucratif.

Enfin, la non-préparation du secteur privé aux actions de masse et leur non-implication à une surveillance épidémiologique active constitue une faille qui peut expliquer la récente épidémie d'Ebola au Mali.

4.6.5 Hygiène et assainissement

La finalité du système de santé est l'amélioration de l'état de santé des populations. Dans cette perspective l'offre de services d'hygiène individuels et collectifs constitue une composante importante des prestations qu'un système de santé performant doit pouvoir offrir sans discontinuité.

La pertinence de l'adjonction d'une mission relative à l'hygiène et la salubrité au Ministère de la Santé se justifie d'une part par un contexte dans lequel persiste un niveau de prévalence élevée du paludisme (2e cause de morbidité et mortalité) ; des maladies diarrhéiques qui touchent 30 % des enfants de moins de cinq ans (3ieme cause de morbidité) ; et d'autre part l'accès limité aux équipements d'hygiène (latrines ; eau potable) ; l'émergence de maladies comme Ebola ; les risques liés à la pollution et aux produits chimiques.

Au cours de la dernière décennie, en collaboration avec le Ministère de l'Education et aussi avec le Ministère de l'environnement et de l'Assainissement, ou le Ministère en charge de l'élevage, le MSHP a élaboré environ 12 plans stratégiques ayant trait à l'hygiène et à la salubrité. Plusieurs partenaires (l'USAID, la Banque mondiale, l'UNICEF, l'OMS, de nombreuses ONG) sont parties prenantes à la mise en œuvre de ces plans. Des projets à haut impact tels que le projet de réduction des maladies diarrhéiques par le lavage des mains (2011-2015) ont été promus par de nombreux partenaires (USAID, UNICEF). D'autres programmes et projets ayant trait à la gestion des déchets biomédicaux, à la prévention et au contrôle des infections liées aux soins ont ciblé les établissements hospitaliers publics.

Par rapport au cadre législatif et règlementaire, la Direction Nationale de la Santé (DNS) exprime le besoin de renforcer le cadre législatif et règlementaire existant par des textes relatifs à l'hygiène de l'habitat et l'hygiène de la restauration collective pour couvrir les besoins d'un secteur dont l'expansion est très rapide.

[149] Lamiaux M., Rouzaud F., Woods W., 2011, Etude sur le secteur privé. Situation après l'Initiative de Bamak, Document de travail de la Banque mondiale N°219.

La division de l'hygiène et la salubrité fait partie des démembrements techniques de la DNS (organigramme 2007, voir Figure 3.3). Les effectifs en personnel de la division figurent dans le tableau 4.6.1.

Ces effectifs rapportés à la population de référence sont inférieurs aux ratios définis par l'OMS et ne permettent pas de couvrir les besoins pour impulser une politique en matière d'hygiène, de surveillance, d'élaboration de normes et standards, de réalisation des études et des recherches et en même temps de conduire les actions de police sanitaire, de lutte anti-vectorielle, d'élimination des déchets biomédicaux, etc.

La formation des ingénieurs sanitaires continue à être réalisée à l'extérieur du pays. La progression actuelle ne permet pas de couvrir les besoins en spécialistes suivant les besoins de programmation du PRODESS.

Tableau 4.6.1 Effectifs en personnel de la division de l'hygiène et la salubrité du MSHP

	Médecin hygiéniste	Ingénieur sanitaire	Technicien sanitaire	Agent technique d'assainissement	Assistant médical	Technicien de santé Publique	Administrateur social
DNSP/DHPS	1	6			3	1	1
DRS		12	6	10	4		
Cercles		0	77[1]	66	0		
Hôpitaux			1	1	2		

De nombreuses parties prenantes collaborent avec la division au plan interne et externe (Tableau 1.42).

La collaboration avec le secteur privé est quasi inexistante malgré qu'elle soit promue dans la plupart des documents stratégiques.

Malgré les dispositions des textes relatifs à la décentralisation qui précisent le transfert de compétences en matière d'hygiène et assainissement, l'effectivité de la participation des collectivités locales en termes d'engagements est encore insuffisante dans l'ensemble du pays. Ceci est dû à l'insuffisance des financements locaux (recouvrement très faible des taxes et impôts locaux) et des subventions de l'Etat, auxquels il faut ajouter la quasi inexistence des ressources humaines compétentes et qualifiées au sein des administrations des collectivités locales.

La question de l'hygiène dans les établissements hospitaliers malgré la définition de normes et standards et l'existence de plans stratégique sur l'hygiène hospitalière, et l'élimination des déchets biomédicaux, demeure entière et ne semble pas être une priorité pour les organes directeurs des hôpitaux. Les visites effectuées dans les hôpitaux dans le cadre de l'évaluation ont révélé des dysfonctionnements importants dans le fonctionnement des comités d'hygiène. Les personnes en charge de présider ces comités sont des gestionnaires (DGA) ou des surveillants sans compétence réelle dans le domaine de l'hygiène hospitalière. En termes de compétences techniques en hygiène et génie sanitaire, un seul technicien de niveau cadre moyen est affecté dans chacun des deux hôpitaux nationaux.

Tableau 4.6.2 Partenaires nationaux intervenant dans le domaine de l'hygiène et la salubrité.

Localisation du	Partenaires
Internes au MSHP	CNIEC ; ANSSA ; ANEH ; HOPITAUX CPRIS/DESR
Externes au MSHP	Ministère de l'environnement et du développement durable (direction de l'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances ; AEDD (Agence de l'environnement et du développement durable) ; Agence nationale de gestion des stations d'épuration des eaux du Mali ; Ministère en charge de l'hydraulique ; Ministère en charge des transports (météorologie), direction de l'agriculture ; services vétérinaires ; protection civile ; laboratoire de l'eau ; direction du commerce et de la concurrence ; DNCC (direction nationale du commerce et de la concurrence) ; DNI (direction nationale des Industries) ; Mines (sites orpaillages) ; AMANORM (agence malienne de normalisation et de promotion de la qualité) ; Office de Protection des Eaux.
Secteur privé	78 privés installés dont GIE
Communauté	CSCom
Société civile	
Collectivités décentralisées	

Source : Direction Nationale de la Santé/Division de l'hygiène et de la salubrité, 2015.

Les autorisations d'exercice dans le secteur privé à but lucratif et les demandes d'agréments sont traitées suivant des procédures établies impliquant différentes structures de l'Etat au sein du MSHP ou des structures publiques en dehors de celui-ci. Les CSRéf préparent le certificat de conformité après une visite de vérification. Pour l'exploitation des sources d'eau potable, l'agrément est donné par l'ANSSA (MSHP). Certaines ouvertures sont adressées au Ministre de l'Industrie et du Commerce.

Problèmes relevés :

Un chevauchement existe entre les attributions de la division de l'hygiène et de la salubrité du MSHP et la direction de l'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances, l'agence du développement et du développement durable, ces dernières relevant du Ministère de l'Environnement et du Développement Durable.

La question du niveau hiérarchique de la DHSP/DNS au sein du MSHP se pose s'agissant des rapports qu'elle entretient avec les autres départements ministériels (Directions citées précédemment) qui sont à des échelons hiérarchiques plus élevés dans la hiérarchie de l'administration publique.

La collaboration entre la division au sein de la DNS et le secteur privé à but lucratif dans lequel interviennent les laboratoires d'analyse des eaux et des aliments est quasi inexistante.

Il n'existe pas de mécanisme de coordination efficace entre les parties prenantes ni de plateformes de concertation.

Il existe un Groupe thématique du PRODESS sur l'hygiène publique et l'environnement ; plusieurs task-force ont été mises en place : WASH, Choléra. Un groupe de travail a été mis en place au niveau de la DNS, mais ces groupes ne se réunissent pas de manière régulière.

Le suivi par les services du MSHP des bureaux d'études ou cabinets d'ingénieurs sanitaires et des sociétés ou entreprises de prestations de génie sanitaire, des projets financés par les partenaires multilatéraux et bilatéraux et exécutés par des ONG n'est pas systématique, alors que ce secteur se développe rapidement en raison de l'accroissement de la demande. Au cours de la mission de collecte de données, il n'a pas été possible de disposer d'une liste exhaustive des opérateurs privés intervenant auprès des services techniques du MSHP concernés alors que 74 sont dénombrés.

Pour le secteur privé, plusieurs entités interviennent dans la délivrance des agréments sans une véritable coordination entre elles ce qui rend difficile le suivi des nouvelles créations et par conséquence la mise à jour d'une base données appropriée ;

Les missions relatives à l'hygiène et l'assainissement incombant aux collectivités locales selon les textes de la décentralisation s'exercent à petite échelle. Les moyens transférés par l'Etat ne sont pas proportionnés aux besoins de financement des coûts récurrents et des dépenses en capital pour l'acquisition des matériels techniques, la logistique et les aménagements d'établissements nécessaires.

4.6.6 Conclusions

La mise en œuvre des programmes a été orientée ces dernières années sur les cibles des OMD. Malgré des progrès sensibles, une présence marquée des PTF, et une prolifération de projets, le Mali n'a atteint aucune des cibles des OMD 4, 5, et 6 relatifs à la santé. La période de crise qu'a connue le Mali en 2012 a entraîné l'interruption de financement de nombreux projets, alors même qu'avec la signature du COMPACT une accélération des progrès vers les OMD était attendue.

Malgré la volonté de promouvoir l'équité dans l'accès aux services, des résultats mitigés sont observés. Certaines mesures, allant des gratuités accordées pour certaines maladies à la mise en place du RAMED pour les indigents, ont un impact sur l'équité mais ces résultats doivent être améliorés et doivent surtout pouvoir être évalués précisément.

L'actuelle organisation des services de prestations est orientée par la politique sectorielle de santé et population qui tire son inspiration de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP), de l'Initiative de Bamako (IB) et du scénario du développement sanitaire en trois phases de Lusaka (OMS). Les PRODESS I et II ont contribué à renforcer l'extension de la couverture par les CSCom qui constituent la base de la pyramide sanitaire et le premier niveau de contact avec les services de santé couvrant une aire de santé. En moins de cinq ans, le nombre de CSCom a doublé. Les CSCom assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA) officiellement adopté. Les transferts de responsabilités aux collectivités décentralisées dans le cadre de la décentralisation constituent un défi majeur pour la consolidation des résultats acquis. La médicalisation des CSCom, prévoyant la présence d'un médecin à cet échelon, constitue une étape encouragée par les autorités et soutenue par les partenaires dans le but d'améliorer la qualité des services au niveau périphérique. Les Centres de Santé Communautaire – Universitaires (CSCOM-U) constituent par ailleurs une catégorie de CSCom participant à la formation des futurs professionnels de la santé. Ils sont soutenus par certains partenaires (Canada et ONG) en collaboration avec la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et avec l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS). Six CSCom participent déjà à cette démarche qui donne satisfaction aux promoteurs et aux bénéficiaires. La pérennité d'un tel investissement et l'élargissement de cette démarche novatrice posent la question cruciale des capacités internes de financement.

Les CSRéf constituent le niveau immédiat de référence pour les CSCom. Avec l'équipe cadre de district, ils assurent la supervision technique des CSCom. La majorité des 63 CSRéf a bénéficié d'un effort d'équipement et de remise à niveau des plateaux techniques et des infrastructures de la part de l'État et des PTF. Grâce à la bonne articulation existant entre les CSCom et les CSRéf, et à la mise en œuvre de la référence évacuation, 100 % des CSRéf assurent les soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC). Cette performance est bien meilleure que celle des CSCom, dont seulement 7 %, sont parvenus à appliquer les soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB).

Au-delà des CSCom, tirant les enseignements des résultats positifs de plusieurs expériences pilotes employant les agents de santé communautaires, un plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014-2018 est sur le point d'être mis en œuvre. L'opérationnalisation de ce plan permettrait d'étendre davantage encore l'accès aux soins pour les populations rurales les moins bien desservies et au sein desquelles les enjeux sont les plus déterminants. Toutefois, la problématique

liée à la pérennisation des motivations des ASC qui permettrait de soutenir leur présence dans le temps n'a pas encore trouvé de solution.

Les établissements hospitaliers de deuxième et troisième références encadrés par la loi hospitalière sont engagés depuis plusieurs années dans une réforme dont l'objectif est d'améliorer le financement, la gestion et la qualité de leurs services. Les mesures incitatives prévues dans le cadre de la mise en place d'un contrat de performance État-Hôpitaux tardent à arriver et n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité des services hospitaliers dans lesquels de nombreux dysfonctionnements sont recensés. Dans ce contexte, faute d'autorité réelle, l'Agence Nationale d'Évaluation Hospitalière (ANEH) peine à jouer son rôle.

Le secteur privé à but lucratif se développe très rapidement avec un suivi très limité de la part des autorités de santé publique, comme si ce secteur ne faisait pas encore pleinement partie du système de santé. La porte d'entrée de la récente épidémie de fièvre à virus Ebola au Mali a été une des cliniques privées qui jouissait d'une réputation établie. Ceci est la preuve, s'il en était besoin, des dysfonctionnements existants dans la collaboration à l'intérieur du système de santé entre les structures publiques et les structures privées.

Le potentiel de déstabilisation des systèmes de santé y compris les plus sophistiqués et les plus performants a été noté lorsque ceux-ci ont été affectés par les récentes pandémies mondiales. La plupart de ces épidémies sont dues à des pathogènes dont la transmission est d'origine animale (SARS, le virus de l'immunodéficience humaine, la maladie du virus Ebola, l'influenza aviaire) et exigent de faire appel à de nouveaux paradigmes de surveillance et de riposte contre ces maladies qui dépassent les frontières des seuls services de santé humaine. La récente évaluation du Règlement Sanitaire International (RSI) du Mali a mis en exergue qu'il ne répondait pas aux exigences escomptées.

Les menaces au cours des années passées des épidémies à virus H1N1, la récente épidémie d'Ebola qui a affecté le pays, le risque élevé de bioterrorisme qui accompagne le djihadisme dans le septentrion du pays ont entrainé une prise de conscience des autorités nationales quant à la nécessité d'accorder une attention prioritaire au programme de sécurité sanitaire mondiale. Un engagement au niveau le plus élevé a donc été pris dans le but de participer à un projet d'envergure sous régionale. Lors d'un atelier tenu à Bamako les 14 et 15 octobre 2015, le concept de « One Health » (une santé), né de la prise en compte des grandes opportunités liées à la protection de la santé publique par des politiques de prévention et de contrôle des pathogènes au niveau des populations animales à l'interface homme/ animal/environnement, a été introduit dans les secteurs de la santé animale, de l'environnement, de la santé humaine avec le soutien des partenaires tels que l'USAID, l'OMS, la FAO et l'OIE. Le Mali se prépare pour ce programme qui va impliquer des changements non seulement dans l'organisation des services de santé mais aussi dans la manière dont ils travaillent avec les services techniques d'autres secteurs tel que l'élevage, et l'environnement dans les domaines du renforcement de la surveillance épidémiologique au regard du RSI. Dans ce sens, un accroissement de la performance des laboratoires, la coordination des équipes de recherche et des plateformes opérationnelles (centres d'opération), une meilleure coordination et une mise en commun des moyens nationaux et des partenaires techniques et financiers s'avèrent être des éléments déterminants dans le renforcement du système de santé malien.

Les référentiels, les normes et les standards ont été développés au fil des années mais ne sont pas rassemblés dans un document unique, ce qui impose des efforts considérables aux acteurs souhaitant en prendre connaissance pour les respecter.

La gestion des domaines de l'hygiène et de la salubrité est confiée au MSHP moyennant un partage de responsabilités avec d'autres ministères. Le MSHP a élaboré de nombreuses stratégies et de nombreux plans d'action à ce sujet. Un grand nombre de projets à haut impact dans ce domaine ont été financés par les PTF. Le passage à l'échelle de ces stratégies qui ont fait leurs preuves nécessite des niveaux de financement importants non encore disponibles.

Tableau 4.6.3 Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

	EQUITE	ACCES	EFFICIENCE	QUALITE	PERENNISATION
Forces et opportunités	Existence d'un système de gratuité des soins pour les patients atteints des maladies prioritaires Volonté politique affirmée en faveur de la couverture maladie universelle en vue d'accroitre un accès équitable aux soins de santé de qualité aux patients qui en ont besoin.	Promotion de mécanismes de couverture maladie (assurance maladie universelle/AMO ; REMED ; Mutuelles de santé) Existence d'un nouveau plan stratégique pour la santé communautaire pour étendre la couverture des services de santé.	La politique sectorielle de santé et population continue de bénéficier d'une large adhésion de toutes les parties prenantes ; Les stratégies, interventions en rapport avec l'amélioration de l'hygiène et l'assainissement occupent un haut rang de priorité dans le PRODESS III qu'il faut saisir	Bonne performance du système de référence et contre-référence entre les CSCom et les CSRéf ; Existence de normes et standards à jour et de référentiels pour plusieurs procédures ; L'existence de l'ANEH pour l'évaluation des hôpitaux ;	Existence d'un cadre normatif et réglementaire : loi hospitalière ; loi relative à l'exercice privé des professions libérales ; Tirer les leçons des expériences de FBR en termes de motivation du personnel, d'amélioration de la qualité des services, et d'impacts tangibles sur certains indicateurs OMD5 en vue d'un passage à échelle
Faiblesses et menaces	La fragilisation de l'application des gratuités dans les CSCom liée à la lenteur des remboursements des avances effectuées pour couvrir les coûts afférents à la fourniture des prestations gratuites.	L'allongement de la période de rupture des financements qui influence la disponibilité des services ; Les retards de remboursement par la CANAM ; La faible couverture des indigents par le RAMED ; Maintien du secteur privé à but lucratif en dehors des processus de prises de décisions relatives aux prestations de soins.	irrégularité dans la participation des maires et autres représentants des communes aux différents fora établis pour le dialogue tel que le comité paritaire).	Dysfonctionnements dans les établissements hospitaliers publics avec impact sur la qualité des soins ; La non-formalisation de l'application des principes de l'assurance de qualité et de l'accréditation des établissements de soins ; Absence d'un répertoire formalisé rassemblant toutes les normes et les référentiels ; Le manque de priorité accordée à la qualité des soins dans les établissements de santé	La non-résolution des problèmes liés aux transferts de compétences aux collectivités (irrégularité dans le paiement des subventions de l'Etat aux CSCom).

4.6.7 Recommandations

Faire une relecture de la politique sectorielle de santé population : cette politique a servi de boussole pour le développement du système et des services de santé du Mali depuis 1990. Après plus de 25 ans, il importe d'en faire une relecture afin d'y introduire les nouvelles perspectives et les priorités actuelles tout en préservant les principes et valeurs qui la sous-tendent.

Accorder une priorité à l'amélioration de la qualité des soins dans l'ensemble des structures de prestation de soins, dans la perspective d'offrir aux usagers des services efficaces dans les meilleures conditions : il s'agira à cette fin de promouvoir une culture de la qualité au niveau des prestataires, de formaliser l'accréditation des formations sanitaires tant publiques que privées (à but lucratif ou non) et de donner des pouvoirs suffisants à l'ANEH pour coordonner la réalisation des évaluations et pour valoriser les résultats de celles-ci.

Rendre effectif le concept d'équité dans l'accès aux prestations de services de santé : ce principe est bien énoncé dans la politique de santé mais très souvent oublié lorsqu'il s'agit de le mesurer, d'en apprécier l'amplitude et les moyens qui y sont consacrés ou de l'identifier comme une composante opérationnelle des interventions de santé. Une composante visant à suivre l'évolution de ce paramètre important pourrait être couplée à la fonction d'observatoire de la pauvreté. De même, les mesures de gratuité des soins, et le développement de l'assurance maladie devraient être évalués en fonction de leur capacité réelle à garantir l'équité dans l'accès aux soins et services de santé.

Assurer le suivi méthodique des évolutions actuelles des CSCom : les transformations des CSCom en CSCom médicalisés disposant de médecins, et des CSCom en CSCOM-U servant de lieu de stage dans le cadre des formations initiales des agents de santé, méritent un suivi méthodique et régulier par une entité à désigner afin de prévenir des dérives éventuelles par rapport à la place de ces structures sanitaires dans la pyramide sanitaire.

Commanditer une étude analytique indépendante pour éclairer la séparation des fonctions cliniques et de santé publique de l'Équipe Cadre de district (ECD) : le CSRéf constitue un échelon important dans le système de santé du Mali. La séparation des fonctions cliniques et de santé publique de l'ECD ne peut pas être une simple décision administrative au regard de nombreuses implications qui pourraient en résulter.

Exercer un leadership national réel sur la réalisation des objectifs de la réforme des hôpitaux : la situation des établissements hospitaliers n'évolue pas favorablement tant du point de vue des résultats techniques que de la gestion des ressources. Face à une telle situation, le Ministère devra exercer un leadership plus fort quant à la réalisation des objectifs de la réforme des hôpitaux en exigeant d'eux une meilleure performance dans la fourniture des services de prestations de qualité tant cliniques que chirurgicales ou para-cliniques, et en assurant l'encadrement du personnel en formation. Le MSHP devra également exiger une reddition des comptes et la réalisation des projets d'établissements.

Opérationnaliser le plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014-2018 : ce plan pourrait constituer une avancée significative sur la voie du passage à l'échelle de la stratégie des SSP pour rapprocher les services essentiels des populations. Il devra être lancé après avoir évalué les possibilités de pérennisation de cette stratégie compte tenu des coûts de prise en charge des ASC qu'il y a lieu de soutenir régulièrement.

Réorganiser, repositionner et renforcer les structures du MSHP en charge de l'hygiène et de la salubrité publique : plusieurs plans stratégiques d'hygiène et de salubrité publique ont été élaborés. Pour soutenir leur mise en œuvre, il est nécessaire de donner plus de poids aux structures du MSHP, dont c'est le mandat parmi l'ensemble des ministères en charge de ce domaine. En outre, il importe qu'il y ait un suivi rigoureux de l'exécution des responsabilités transférées aux collectivités locales en matière de salubrité.

4.7 Impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé

4.7.1 Conclusions

L'équipe d'évaluation a souhaité insister tout particulièrement sur l'impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé qui constitue un réel défi pour le Mali au cours des années à venir. Comme mentionné dans l'introduction, un effort de recentrage des objectifs de développement autour des OMD a été effectué par le Gouvernement malien afin de rattraper les retards enregistrés et pour s'inscrire dans le mouvement plus global de réalisation des objectifs du développement durable. La réduction de la pauvreté y occupe une place centrale à laquelle les objectifs sanitaires et sociaux doivent contribuer notamment par la réduction de la croissance démographique.

L'évaluation a pu relever dans les différents domaines du système de santé analysés, que la croissance démographique remet fortement en cause la plupart des efforts déjà mis en œuvre par le MSHP, mais aussi ceux des autres ministères. En effet, pour satisfaire les besoins en services de santé qui vont en augmentant avec l'accroissement de sa population, le MSHP devrait fournir des efforts toujours plus importants de mobilisation des financements, mais aussi d'organisation, et de planification combinés à une amélioration de la maitrise de la fécondité par des techniques sures et coût efficaces s'il veut atteindre les objectifs qu'il s'est fixé.

La conjoncture qui prévaut au Mali depuis 2012, a obligé le Gouvernement malien à accorder la priorité aux actions en faveur de domaines régaliens semble-t-il plus urgents tels que la défense et la sécurité nationale. Dans un tel contexte, un accroissement des efforts de financements en faveur du MSHP est hautement improbable comme l'étayent les conclusions des sections portant sur le financement, le système d'information sanitaire, les ressources humaines le confirment : entre 2004 et 2015, sont notamment enregistrées une baisse de la part du budget de l'Etat alloué à la santé de 13% ; une baisse de 44% de la part du budget alloué au MSHP ; et des difficultés de mobilisation des fonds provenant du Trésor Public à travers la DFM du MSHP pour mettre en œuvre les activités programmées. Enfin, la disponibilité des RHS qualifiées pourrait illustrer à suffisance les défis autour de cette problématique. En effet la DRH en 2015, précise que « Si le Mali veut atteindre l'objectif fixé par l'OMS à savoir 23 personnels de santé (Médecin, Infirmier et Sage-femme) pour 10 000 Habitants, il lui faudra combler le Gap de 18,1 d'ici 2023. Soit un recrutement de 1 700 personnels de santé par an. (...) Pour atteindre cet effectif minimum, le budget annuel requis pour le recrutement devrait passer de 600 000 000 FCFA à 2 000 000 000 FCFA par an, soit une augmentation de 333 % pendant les 5 prochaines années »[150].

4.7.2 Recommandation

Faire de la réduction de la croissance démographique une priorité : seulement 9,6 % des femmes âgées de 15-49 ans utilisent une méthode moderne de contraception alors que 26% d'entre elles ont déclaré avoir des besoins non satisfaits de planification familiale (EDS 2012-13) et que le taux de fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme (avec de grandes disparités entre zones rurales et urbaines : respectivement 6,5 et 5,0 selon l'EDS 2012-13). Ceci laisse donc une marge de manœuvre considérable pour entreprendre des actions ciblées sur ce groupe de la population en matière de planification familiale et ce pour réduire le taux de fécondité mais aussi améliorer la santé de la femme au Mali.

[150] DRH, 2015, Note technique sur la médicalisation des aires de santé (CSCom).

ANNEX A : TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI

1. Contexte et justification

Un système de santé est qualifié de performant lorsqu'il est accessible, équitable, efficace, de qualité et pérenne. Lorsqu'ils ne sont pas atteints, le processus visant à accéder à cet ensemble de critères, passe par le renforcement dudit système ; ce qui requiert une connaissance des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces spécifiques à ce système.

C'est à cette fin, et en réponse à l'intérêt international à renforcer la performance des systèmes de santé, que l'outil « Health Systems Assessment » (HSA) a été élaboré par Abt Associates Inc. Cette approche est utilisée pour effectuer une évaluation rapide et holistique du système de santé d'un pays. Elle a pour but d'orienter les décideurs dans la formulation de recommandations visant à renforcer le système de santé (RSS) dans son ensemble et ainsi d'optimiser leurs efforts. Cette approche s'intéresse aux six composantes promues par l'OMS, à savoir : la gouvernance, le financement de la santé, les ressources humaines, les prestations de services, la gestion des produits pharmaceutiques et le système d'information sanitaire.

Pour le compte du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), une évaluation du système de santé sera conduite au Mali par une équipe du projet Health Finance and Governance (HFG/ USAID) à travers l'appui financier de l'USAID/Mali. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ayant souhaité un processus collaboratif/participatif, l'UNFPA, la Coopération Canadienne, l'OMS, et la Banque Mondiale contribueront à toutes les étapes de l'évaluation (revue de littérature, collecte, analyses, recommandations). La coordination du processus sera assurée par la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) du MSHP.

La réalisation d'une évaluation est idéale lorsqu'elle intervient en amont d'un cycle de planification des programmes. Elle permet alors de documenter le processus de programmation et d'orienter au mieux le pays vers la réalisation de ses objectifs en matière de santé. Le Mali, qui est au milieu d'un cycle de planification quinquennale de son secteur de la santé (PRODESS III- 2014-2018), demeure un bon candidat à la conduite de l'évaluation de son système car cette exercice fournira non seulement des précisions sur les priorités définies par le MSHP mais aussi des éléments pour la revue à mi-parcours du PRODESS III prévue en 2016 et aidera ainsi les décideurs à réorienter leurs priorités si nécessaire.

2. Objectif General

L'objectif général de cette évaluation est de faire ressortir les forces et les faiblesses du système de santé malien. Elle sera une occasion de formuler des recommandations novatrices (Opportunités et Menaces) au MSHP qui lui permettront d'amorcer un dialogue avec l'ensemble des parties prenantes dans le secteur.

3. Objectifs spécifiques

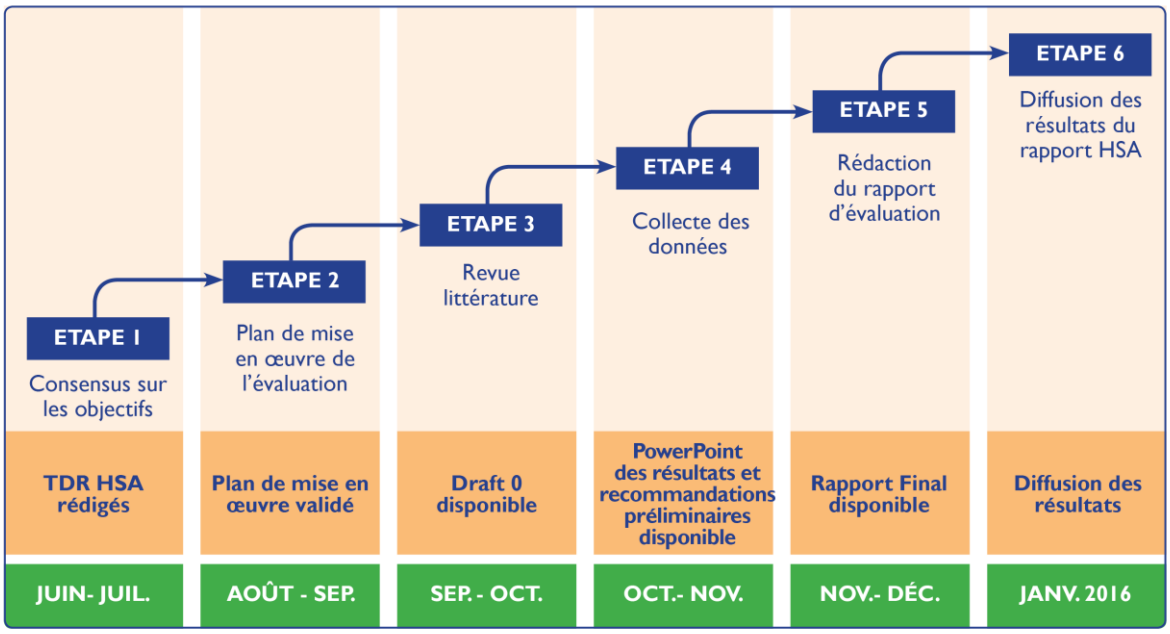
De façon spécifique, le MSHP souhaite qu'un intérêt particulier soit porté aux aspects relatifs à l'organisation du système de santé en termes de leadership et gouvernance (redevabilité des acteurs), de coordination (des acteurs nationaux, des autres partenaires) et de gestion des ressources (information sanitaire, gestion pharmaceutique et financières). Outre, l'approche par

composante/bloc, le MSHP souhaite aussi que lui soit proposé une analyse par niveau (central, régional, opérationnel) et qu'une attention particulière soit portée aux questions de prévention. De plus, compte tenu de l'intérêt particulier accordé à la gestion des produits pharmaceutiques et au système d'information sanitaire, une analyse détaillée de ces domaines sera réalisée. Enfin, il est demandé à l'équipe de l'évaluation d'organiser et d'assurer un dialogue régulier et productif avec l'équipe de consultants actuellement chargée de la mise à jour du manuel de procédures du PRODESS.

4. Méthodologie : PROCESSUS D'EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE

L'équipe du projet HFG/USAID, responsable de la conduite de l'évaluation du système de santé au Mali, suivra le processus méthodologique présenté à la figure 1.

Figure A-1 : Etapes du processus d'évaluation du système de santé malien selon la méthodologie HSA



Source : Termes de Référence de l'évaluation du système de santé au Mali, équipe HSA/HFG, 2015

Etape 1 : Consensus sur les objectifs de l'évaluation HSA (juin - juillet)

Du 29 juin au 3 juillet, une équipe d'experts du projet HFG/USAID s'est rendue à Bamako pour rencontrer les acteurs principaux du système de santé, et discuter du processus et des objectifs de l'évaluation. Cette équipe a rencontré en particulier :

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Secrétaire Général du MSHP, le directeur de la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) et son équipe ;

Les différentes équipes de la mission USAID au Mali et quelque uns de leurs partenaires de mise en œuvre (URC, MSH, IntraHealth, PSI) ;

Les donneurs bilatéraux (en particulier les Coopérations Canadienne et Néerlandaise, l'Agence Française de Développement), les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA pour identifier leur intérêt à participer à l'évaluation du système de santé selon la méthodologie HSA ;

Les acteurs de la société civile (FENASCOM, Groupe Pivot, ASDAP).

Les attentes et recommandations des discussions menées lors de cette mission ont été prises en considération dans l'élaboration de ces termes de référence.

Résultats attendus : *Les termes de référence de l'évaluation du système de santé malien sont rédigés et prennent en compte les commentaires formulés pendant les rencontres organisées à Bamako lors de la mission préparatoire avec l'équipe du projet HFG/USAID.*

Etape 2 : Plan de mise en œuvre de l'évaluation HSA (août – septembre)

Au mois d'août, l'équipe du projet HFG/USAID a rédigé les termes de référence des responsables des domaines l'évaluation et désigné un responsable pour chaque domaine (certains responsables techniques ont en charge deux domaines) (voir annexe)

- **Du 13 au 19 Septembre**, le Dr Anne Juillet (chef d'équipe de l'évaluation) et Monsieur Yann Derriennic (membre de l'équipe HSA Mali) se sont rendus à Bamako. Avec l'appui du bureau santé de la mission l'USAID/Mali, ils ont rencontré le directeur de la CPS et son équipe. Sous la coordination de la CPS, ils se sont également entretenus avec les représentants des directions centrales du MSHP (Direction Nationale de la Santé (DNS), Direction des Finances et du Matériel (DFM), Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), Agence Nationale d'Evaluation des Etablissements Hospitaliers (ANEH), Direction des Ressources Humaines (DRH)). Enfin, des échanges ont été menés avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) suivants : UNFPA, OMS, UNICEF, Banque Mondiale, Coopération Canadienne, Coopération Néerlandaise.

L'ensemble de ces rencontres a permis :

- De préciser en quoi l'évaluation du système de santé se distingue de la révision du manuel de procédures du PRODESS actuellement en cours et de la revue à mi-parcours prévue en 2016. A cet effet, une présentation PowerPoint a été développée et présentée à l'équipe de la CPS, puis aux représentants de la DNS, de la DFM, de la DPM, de la DRH et de l'ANEH ;
- De confirmer l'intérêt de l'UNFPA, de la coopération Canadienne, de l'OMS et de la Banque Mondiale à participer au processus de l'évaluation ;
- De préciser le rôle central de CPS dans l'évaluation du système de santé pour assurer la coordination des parties engagées et institutions qui seront enquêtées lors de la phase de collecte des données complémentaires (autorisation d'enquête, arrangements institutionnels) et rendre au compte au SEGAL du MSHP ;
- De préciser avec la CPS quelques éléments du plan de mise en œuvre : identification des sites à visiter lors de la collecte des données sur le terrain ; proposition d'un agenda ;
- De poursuivre la compilation de la documentation disponible sur le système de santé malien mis à la disposition des responsables des domaines d'évaluation.

Résultats attendus : *Les TDR sont mis à jour et transmis le 24 septembre au bureau santé de la mission USAID au Mali, à la CPS et aux PTF. Les éléments à préciser le sont au plus tard le 1er octobre 2015.*

Etape 3 : Revue de littérature (septembre – octobre)

- **En septembre**, le chef d'équipe de l'évaluation a transmis à chaque responsable de domaine d'évaluation, la documentation compilée déjà disponible que ceux-ci sont chargés de compléter.
- – **En septembre et octobre**, les membres de l'équipe HSA feront une revue de la littérature des documents, données, et informations disponibles sur les 6 domaines de l'évaluation du système de santé malien. Cette revue de littérature, conduite à distance, concernera les aspects publics et privés du système de santé mais mettra un accent particulier sur les problématiques en lien avec le secteur

public. En outre, comme mentionné dans les objectifs spécifiques de l'évaluation, chaque domaine d'évaluation passera en revue les niveaux central, régional et opérationnel et apportera une attention particulière aux aspects organisationnels, de leadership et de gouvernance, à la coordination entre les acteurs et encore aux aspects liés à la prévention.

Cette revue de littérature servira à :

- L'élaboration d'un draft zéro qui identifiera les indicateurs clés mis à jour, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces spécifiques au système de santé malien. Ce draft sera partagé entre les membres de l'équipe pour assurer les points communs et transversaux aux différents domaines d'évaluation ;
- L'élaboration de la liste des documents utilisés/bibliographie pour la rédaction du draft zéro ;
- L'élaboration de la liste des documents complémentaires à collecter sur le terrain pendant la phase de collecte des données complémentaires sur le terrain (visite en équipe) ;
- L'élaboration d'une liste de personnes à interviewer lors de la phase de collecte d'informations complémentaires sur le terrain par domaine d'évaluation. Cette liste a pour but d'éviter la duplication des entretiens avec une même personne et permettra de proposer un plan de rencontres commun pour toute l'équipe d'évaluation. Il est prévisible que la liste des personnes à interroger comprendra des responsables du MSHP, des représentants des prestataires du secteur privé, des PTF/bailleurs, et des agences techniques, les représentants de la société civile ;
- La préparation des grilles d'entretiens en vue de la collecte des données complémentaires sur le terrain.

Le draft 0 et le plan des rencontres seront partagés avec la CPS, et les partenaires.

En l'absence du chef d'équipe de l'évaluation, le coordinateur du projet HFG/USAID au Mali servira de point focal aux responsables du MSHP et aux partenaires. Il assurera la liaison avec l'équipe d'évaluation. Il facilitera les entretiens et les aspects logistiques.

Résultats attendus : *le draft zéro du rapport d'évaluation est disponible ; la liste des documents additionnels à collecter est disponible ; la liste des personnes à interroger pendant la phase de collecte d'informations complémentaires sur le terrain est disponible et un draft du plan des rencontres est élaboré ; les grilles d'entretiens sont disponibles.*

Etape 4 : Collecte des données (octobre – novembre)

- **Du 26 au 30 Octobre**, le coordinateur du projet HFG/USAID au Mali, en collaboration sur place à Bamako avec le point focal de la CPS, et à distance avec le chef d'équipe HSA/HFG, préparera la collecte des données complémentaires sur le terrain.
- **Du 02 au 20 novembre**, les membres de l'équipe d'évaluation se réuniront tous à Bamako pour la collecte des informations complémentaires sur le terrain :
    - Cette phase débutera par une demi-journée (matin du 02 novembre) consacrée à la préparation technique de la phase de collecte avec la CPS ;
    - L'équipe d'évaluation conduira ensuite les entretiens (03-06 novembre) avec les répondants-clés parmi les parties prenantes au niveau national. Les grilles d'entretien serviront d'outils de collecte pour valider un ensemble d'indicateurs clés par domaine et mettre en exergue les forces et les faiblesses du fonctionnement du système de santé. Des binômes/sous équipes seront constitué(e)s si nécessaire pour la collecte des données complémentaires ;
    - Du 09 au 13 novembre, l'équipe d'évaluation poursuivra ses visites au niveau régional et opérationnel dans les zones identifiées. Des entretiens avec les répondants clés (des

secteurs public, privé, et communautaire), de plusieurs structures et de différents niveaux de la pyramide sanitaire (Hôpitaux, CSréf, CSCOM, dépôts pharmaceutiques, etc.), avec les équipes de gestion de santé (régional, district, etc.), et avec les acteurs de la société civile et du secteur privé (ASACO, collectivités territoriales, pharmaciens, etc.) serviront à décrire le fonctionnement du système de santé à ces niveaux. Ces visites ont pour objectif de confirmer/infirmer les résultats obtenus au niveau central et discuter les difficultés rencontrées à ces échelons. Elles doivent permettre de tenir compte de l'opinion des acteurs et apporter une « représentativité » dans les conclusions.

Sur la base d'un choix raisonné, il a été convenu avec la CPS, qu'une seule région serait visitée pour des raisons de temps et pour mieux tenir compte des multiples aspects transversaux qui seront abordés par l'équipe lors des entretiens. La région de Koulikoro a été retenue. Ce choix répond aux critères suivants : zone sécure, accessible facilement et rapidement et présentant des indicateurs de santé maternelle et infantile faibles.

Les districts de Kati et de Dioila ont été sélectionnés au sein de la région de Koulikoro. Les critères retenus sont la densité de population qui apparait dans la littérature disponible comme un facteur favorisant/défavorisant l'amélioration de la santé de la population en général, des femmes et des enfants en particulier (le district de Kati présente les caractéristiques d'une zone urbaine alors que Dioila présente les caractéristiques d'une zone rurale ; l'existence d'expériences novatrices (approche Financement basé sur les performances)).

- **Du 16 au 20 Novembre**, à la suite de la phase de collecte des données complémentaires, l'équipe d'évaluation HSA/HFG préparera la présentation des résultats et les recommandations préliminaires.

Résultats attendus : *La présentation PowerPoint des résultats et recommandations préliminaires est disponibles et discutée avec la CPS.*

Etape 5 : Rédaction du Rapport de l'évaluation (novembre – décembre)

- **Début décembre**, tenant compte des feedbacks de la CPS, l'équipe HSA rédigera le rapport de l'évaluation du système de santé » (HSA) sous la direction technique du chef d'équipe. Plus spécifiquement, chaque responsable de domaine d'évaluation rédigera son chapitre, l'accompagnera d'analyses (forces, faiblesses, opportunités, menaces), de recommandations novatrices et réalisables, des indicateurs clés et d'un résumé. Les chapitres seront ensuite transmis au chef d'équipe.
- **En décembre**, tous les chapitres seront compilés par le chef d'équipe HSA dans un rapport global d'évaluation comportant un résumé détaillé, les indicateurs clés, une section consacrée à la méthodologie, toutes les informations sur les forces, les faiblesses, une discussion sur les recommandations faisables en vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé malien.
- **Fin décembre**, les responsables du projet HFG/USAID réviseront le rapport et l'éditeront avant transmission à la CPS, et aux partenaires.

Résultats attendus : *Le rapport final de l'évaluation du système de santé au Mali est transmis à la CPS, et aux partenaires.*

Etape 6 : Diffusion des résultats du rapport HSA (juillet 2016)

Deux ateliers de présentation des résultats provisoires de l'évaluation du système de santé au Mali seront organisés dans deux régions différentes, ainsi qu'une présentation au niveau nationale. Elles réuniront la CPS, les responsables du MSHP des différents niveaux de la pyramide sanitaires, les représentants de la société civile, du secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Ces

ateliers permettront de favoriser une appropriation de l'étude et de recueillir des suggestions pertinentes pour enrichir les résultats.

Les responsables du MSHP, sous la coordination de la CPS, auront en charge le transfert de connaissances aux acteurs régionaux sur les principaux résultats de l'évaluation au niveau national et régional. Si nécessaire, ils pourront déterminer un appui à fournir par l'équipe du projet HFG/USAID.

5. Résultats attendus et livrables

Tous les documents seront produits en premier lieu français :

Un résumé d'une page des principaux points de la première visite de l'équipe du projet HFG/USAID ; Un document de message clés qui souligne ce qui distingue l'évaluation de la révision du manuel de procédures du PRODESS et de la revue à mi-parcours du PRODESS ; Les termes de références de l'évaluation finalisés (livrable) ; Les détails de la mise en œuvre de l'évaluation comprenant :

1. La liste des documents déjà disponibles,
2. Les choix des sites à visiter,
3. L'agenda détaillé de l'évaluation,
4. La liste des personnes à rencontrer lors de la phase de collecte complémentaire des informations sur le terrain,
5. La participation et la contribution des partenaires ;

Un draft 0 du rapport d'évaluation avant la phase de collecte complémentaire des informations sur le terrain comprenant les grilles d'entretien ; Une présentation PowerPoint des résultats et des recommandations préliminaires axée sur les attentes du MSHP (par niveau de la pyramide sanitaire, focus sur les aspects de leadership, de gouvernance, de coordination des acteurs et de prévention et d'hygiène publique) (livrable) ; Le rapport global d'évaluation finalisé, révisé par les responsables du projet HFG/USAID et édité avant transmission à la CPS, au SG du MSHP, aux points focaux des directions centrales et des services techniques du MSHP, et aux partenaires (livrable).

Le résumé d'une page des principaux points de la première visite, les termes de références finalisés de l'évaluation et le rapport global d'évaluation finalisé seront également produits en anglais. Les traductions sont de la responsabilité du projet HFG/USAID.

AGENDA DES ETAPES DE L'EVALUATION

Activités	Juillet					Août				Septembre					Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				
	28 Jun	05	12	19	26	02 Aug	09	16	23	30	06 Sep	13	20	27	04 Oct	11	18	25	01 Nov	08	15	22	29 Nov	06	13	20	27 Dec	03	10	17	24
Etape 1 : Consensus sur les objectifs																															
Rencontres USAID/Mali	x																														
Rencontres MSHP	x																														
Rencontres PTF	x																														
Rédaction résumé d'une page consensus de l'HSA au Mali		x																													
Rédaction TDR HSA au Mali			x	x																											
Etape 2 : Plan de mise en œuvre de l'évaluation																															
Finalisation TDR HSA au Mali								x																							
Recrutement du Coordinateur technique national HFG									x																						
Rédaction TDR responsables de domaine d'évaluation						x	x	x	x																						
Rédaction du plan de mise en œuvre de l'évaluation						x	x	x	x																						
Mobilisation des PTF ayant manifesté leur intérêt à participer à l'évaluation						x	x	x	x	x	x	x																			
Finalisation plan de mise en œuvre de l'évaluation											x	x																			
Mobilisation du Comité de pilotage par la CPS											x	x																			
Présentation du plan de mise en œuvre de l'évaluation au comité de pilotage												x																			
Désignation responsables domaines d'evaluation												x																			
Etape 3 : Revue littérature																															
Compilation des documents	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Analyse et rédaction draft 0/ domaine d'évaluation												x	x	x	x																
Elaboration de la liste des personnes à rencontrer												x	x	x	x																
Adaptation des questionnaires par domaine au contexte malien												x	x	x	x																
Etape 4 : Collecte des données																															
Préparation phase de collecte																		x													
Team building et journée de lancement de l'évaluation																			x												
Collecte des données																			x	x	x										
Préparation restitutions résultats et recommandations préliminaires																					x										
Etape 5 : Rédaction du rapport d'évaluation																															
Rédaction des chapitres du rapport prenant en compte les remarques formulées pendant les restitutions																						x	x								
Compilation des chapitres																								x							
Rédaction synthèse des résultats et des recommandations																									x						
Révision rapport par les responsables HFG																										x					
Edition et transmission du rapport à USAID/Mali, au MSHP et au comité de pilotage																											x	x			
Etape 6 : Diffusion des résultats de l'évaluation																															
Organisation de deux ateliers de diffusion des résultats de l'HSA-Mali																															x

Mission du projet HFG

Mission du projet HFG

Mission du projet HFG

EQUIPE TECHNIQUE DE L'EVALUATION

Le MSHP et la mission USAID au Mali ont sollicité le projet USAID/ HFG pour conduire l'évaluation du système de santé au Mali. Ils ont souhaité que cette évaluation soit la plus participative et la plus collaborative possible. Lors de la première étape, l'UNFPA, et la Coopération Canadienne ont indiqué leur volonté d'y contribuer. Lors de la deuxième étape, ces deux partenaires ont confirmé leur intérêt tandis que l'OMS et la Banque Mondiale ont précisé leur souhait de rejoindre l'équipe. Au moment de la rédaction de ces termes de référence, la Coopération Canadienne a prévu d'appuyer l'équipe dans les domaines des prestations de services en particulier au niveau communautaires, de la gouvernance, des ressources humaines et propose un appui technique sur le domaine du financement de la santé. Les autres partenaires n'ont pas encore indiqué les domaines sur lesquels ils envisagent de participer. Le projet HFG/USAID a d'ores et déjà désigné des responsables pour chaque domaine d'évaluation. L'équipe HSA/HFG est ainsi composée :

- Dr Anne Juillet, chef d'équipe, responsable du domaine d'évaluation des ressources humaines ;
- Dr Bokar Touré, coordonnateur du projet HFG/USAID au Mali, membre d'équipe, responsable des domaines d'évaluation gouvernance et prestations de services ;
- Monsieur Yann Derriennic, membre d'équipe, responsable du domaine financement de la santé ;
- Dr Haguiratou Daou-Ouédraogo, membre d'équipe, responsable des domaines d'évaluation gestion des produits pharmaceutiques et système d'information sanitaire.

L'équipe du projet HFG/USAID est responsable du respect de l'agenda, de la rédaction des chapitres du rapport et de la transmission du rapport final.

Les experts-partenaires s'associeront à chacun des responsables des domaines sur lesquels ils envisagent de s'investir.

1. Le chef d'équipe HSA est chargé de diriger l'équipe HSA, de conduire l'évaluation selon la méthodologie HSA, de préparer et de finaliser les livrables. Il est responsable de l'atteinte des résultats, et assure la liaison avec le MSHP, les partenaires et les responsables du projet HFG/ USAID. Le chef d'équipe en particulier :
    a. Finalisera les termes de références de l'évaluation en tenant compte des attentes du MSHP et de l'USAID ;
    b. Définira les rôles, les responsabilités et les taches de chacun des membres de l'équipe ;
    c. S'assurera que l'organisation logistique sur le terrain est complète ;
    d. Assurera la préparation, la coordination des résultats transmis par les responsables de chaque domaine d'évaluation, la soumission, la révision et la finalisation des chapitres du rapport ;
    e. Gèrera le processus de rédaction du rapport global ;
    f. Assurera la coordination des réunions de l'équipe technique sur le terrain ;
    g. Coordonnera la quantité de travail et s'assurera que tous les membres respectent le chronogramme des activités ;
    h. Finalisera le Rapport global d'évaluation revu et approuvé par l'équipe HSA avant transmission aux responsables du projet HFG/USAID.
2. Le coordinateur du projet HFG/USAID au Mali est chargé d'assurer la liaison entre le MSHP, les partenaires et le chef d'équipe lorsque ce dernier est absent. Il assure la continuité des activités sur le terrain, organise la logistique des visites et des rencontres de

l'équipe HSA avant son arrivée sur le terrain. Les résultats attendus du coordinateur du projet HFG/USAID au Mali sont :

a. En collaboration avec le chef d'équipe, la liste des documents disponibles sur le système de santé du Mali ;

b. En collaboration avec le chef d'équipe, la liste compilée des répondants clés pour la collecte des données au niveau national, régionale et opérationnel pour tous les domaines d'évaluation ;

c. En collaboration avec le chef d'équipe, les détails de la mise en œuvre de l'évaluation du système de santé malien mis à jour et validés avec la CPS et les points focaux ;

d. Les comptes rendus (comprenant un ordre du jour, des notes, des listes de participants) :

    i. des réunions avec la CPS, des réunions de restitution des résultats préliminaires et des recommandations avec le MSHP, les PTF, le secteur privé et la société civile ;

    ii. des rencontres avec les parties prenantes, la CPS, le MSHP, l'USAID/Mali.

3. Les responsables des domaines d'évaluation (quatre experts) sont chargés de compléter la documentation disponible au niveau international et national sur le système de santé malien. Ils sont chargés de l'analyse de leur domaine d'évaluation selon la méthodologie HSA (indicateurs clés, forces, faiblesses, opportunités, menaces). Ils établissent la liste des personnes à rencontrer lors de la phase de terrain, la liste des documents consultés et adaptent les questionnaires de leur domaine d'évaluation au contexte malien. Ils participent à toutes les réunions d'équipe, mènent les entretiens avec les personnes clés sélectionnées et collectent les données sur le terrain (aux niveaux central, régional, opérationnel). Ils produisent les analyses, les recommandations et les résumés, et collaborent avec les autres membres et le chef d'équipe à produire les présentations de restitutions destinées à la CPS, aux responsables du MSHP, et aux partenaires. Ils finalisent la rédaction de leur chapitre en tenant compte de remarques formulées lors de la séance de restitution et révisent le rapport global d'évaluation une fois que celui-ci est compilé par le chef d'équipe.

ANNEX B : LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR) AU MALI

Eléments de contexte politique et de mise en œuvre

Les approches de contractualisation et de financement basé sur les résultats (FBR) font parties des approches novatrices retenues au Mali pour accélérer l'atteinte des OMD, notamment l'OMD-5 à l'horizon 2015. Le FBR vient en complément du financement sur budget classique par « input », mais contrairement à ce dernier, les résultats sont financés après que les services aient été délivrés et vérifiés. Le modèle FBR développé et expérimenté a fait l'objet d'adaptations aux spécificités du pays et est considéré comme le « FBR à la malienne ».

Pour cela, la DNS du MSHP a mandaté la mise en œuvre du projet pilote « OMD5-FBR » au KIT (Institut Royal Tropical), responsable de la conception, et de la gestion, et à la SNV pour l'opérationnalisation afin de développer un modèle FBR à la malienne sous forme de recherche action. Le projet mis à disposition de la DNS a été financé sur les fonds Néerlandais « OMD5 ». Il a été mené dans les districts sanitaires de Dioila, de Fana et Banamba de février 2012 jusqu'à décembre 2013. A la fin du de la phase pilote 26 CSCom et 3 CSRéf étaient concernés. Sur la base de résultats satisfaisants évalués à la fin du pilote, une mise à échelle au niveau national était envisagée. L'objectif du projet pré-pilot était de tester pour le niveau central du MS comment faire le FBR au Mali – et si ça marche, comment et pourquoi.

A cette fin, un Comité de Pilotage National composé de la DNS, de la CPS, de la DFM, de la FENASCOM et du programme SR a été instauré. Ce comité s'est réuni de façon trimestrielle pendant tout le projet et a régulièrement mené des visites sur le terrain. De plus, au niveau régional, ont été organisées des rencontres de partage d'expériences et de capitalisation avec les différents acteurs du niveau opérationnel.

Eléments de méthodologie

La recherche-action visait à appliquer les principes « génériques » d'un FBR au contexte malien à savoir :

1. Le FBR est une approche contractuelle qui lie les motivations et sanctions aux résultats ;
2. Le FBR vise entre autres l'amélioration de la productivité et la qualité des soins/services ;
3. Le FBR intègre un système de vérification prenant en considération une vérification indépendante des résultats produits et rapportés ;
4. Le FBR tient compte des principes de séparation des responsabilités entre payeur/ régulateur/ vérificateur et prestataires de services pour éviter des conflits d'intérêts pour « l'achat » des résultats ;
5. Le FBR responsabilise les prestataires quant à l'utilisation des fonds FBR dans leur contexte ;
6. Le FBR implique de façon active la communauté dans la gestion car pour accroître les résultats, donc l'utilisation des services, il est préférable que les prestataires répondent aux besoins des patients.

L'ensemble de ces principes, mais surtout le principe de séparation des responsabilités (principe iv), conduit à des « règles de jeux » permettant d'améliorer la gouvernance du système de santé.

Contrairement à ce qui a été fait dans d'autres pays, il a été décidé de faire fonctionner le système avec des structures existantes sans en introduire de nouvelles. Ainsi, les responsabilités pour gérer le système FBR ont été distribuées comme suit :

- Les **Prestataires** de soins et de services sont les équipes techniques des CSCom et des CSRéf ;
- Le rôle **d'Acheteur** est assuré par la Mairie (contractualisation et payeur) et l'ASACO (contractualisation) ;
- Le rôle de **Régulateur** pour le respect des politiques, normes et standards est assuré l'ECD pour les CSCom, et la DRS pour les CSRéf ;
- La **Vérification** des résultats des formations sanitaires est assurée par l'ECD pour les prestations fournies par les CSCom, et par la DRS pour celles fournies par les CSRéf ;
- La **Contre-vérification** des résultats et la perception de la qualité des usagers au niveau ménage est assurée par des Structures indépendantes (ONG) – pour vérifier l'existence physique des usagers.

Le pilotage de l'ensemble du système est assuré par le Conseil Cercle, et le Comité de pilotage national. Les indicateurs quantitatifs «payés » dans le cadre du FBR étaient étroitement liés à l'OMD5, à savoir le nombre de services liés aux : accouchements assistés par un personnel qualifié, les CPN au moins trois fois, les CPN au moins trois fois réalisées dans un délai de 40 jours après l'accouchement, les services liés au Planning Familial, aux enfants vus en CES, et les nouveaux cas de consultations externes. Les montants versés pour ces indicateurs prenaient également en considération le score de qualité de soins comme « facteur déflateur ».

Contrairement à plusieurs autres expériences menées dans d'autres pays, le Mali a préféré :mettre l'accent sur la qualité des soins plutôt que sur la quantité des services afin que l'utilisation augmente. Dans cet objectif, au niveau des CSCom, 60% des fonds FBR devaient être utilisés dans le plan de résultats, c'est-à-dire «investir dans la qualité du centre» >>, et 40% devaient servir aux paiements des résultats individuels du personnel. Les proportions étaient respectivement de 40% et 60% pour l'utilisation des fonds dans les CSRéf. La liste de score était basé sur le paquet minimum d'activités du PRODESS, plutôt que sur les indicateurs de l'OMD5, afin d'éviter des effets pervers. Au niveau des centres de santé, la qualité des soins était vérifiée par le biais d'une liste de scores basés sur les résultats de qualité de soins, plutôt que des indicateurs « structure » (c.à.d. les conditions pour être en mesure d'offrir de soins de qualité, comme la disponibilité d'équipement, ressources humaines, etc.). Au niveau ménage, lors de la contre-vérification, une enquête était menée sur la qualité perçue des soins par les usagers.

Par rapport à d'autres expériences, sur des aspects de gouvernance, au lieu d'introduire des nouvelles structures FBR, le Mali a préféré utiliser des structures existantes pérennes. Afin d'éviter un conflit d'intérêts, et une meilleure implication des bénéficiaires, il a été préféré d'impliquer des collectivités et l'ASACO comme parties contractantes pour les services qui est le maitre d'ouvrage de la santé de sa population dans le contexte de la décentralisation du Mali.

Principaux résultats

Tous les acteurs de la DRS de Koulikoro et des trois districts concernés, aussi bien du côté de l'offre, que du côté de la demande (c.à.d. leurs représentants, la Commune et l'ASACO), ont été formés et accompagnés lors de la mise en œuvre des activités. Pour toutes les activités (contrats, plans de résultats, vérifications, contre-vérifications, paiements des résultats) des instruments ont été développés, testés et adaptés lors de la recherche-action. Ainsi, le Mali dispose de personnes formées qui savent mettre en œuvre le FBR et qui pourront accompagner d'autres districts lors de l'introduction du FBR.

Les résultats du projet OMD5-FBR étaient suffisamment probants pour convaincre le Comité de Pilotage de mettre le FBR à échelle au niveau national. Une évaluation interne a été menée pour vérifier les résultats quantitatifs les résultats vérifiés des cinq cycles du projet FBR.

Résultats quantitatifs

Le score de qualité des soins a augmenté de 67% au moment du premier paiement à 93% pendant le dernier paiement.

Service « **payant** »	**Augmentation**
PF	avec 266% - presque quadruplé
CPN3	avec 751%,
Accouchements pers qualifié	avec 63-92%
CPoN	Avec 270%
références	avec 17%
contrôle de l'enfants sain	avec 1.284%
consultations externes	avec 63%

Ces deux types de résultats quantitatifs étaient tellement importants qu'ils ont été l'objet d'une nouvelle vérification dans 25% des centres qui a confirmé leur fiabilité.

Résultats qualitatifs

Par ailleurs, une étude qualitative a été menée sur fonds OMD5 par une équipe indépendante malienne pour informer le niveau politique sur ce qui marche, et pourquoi.

Bien que dans tous les centres les résultats aient été améliorés, des différences importantes ont été relevées entre les centres de santé. Les qualités entrepreneuriales et d'innovation de certaines équipes ont permis des améliorations plus importantes dans certains centres de santé que dans d'autres.

L'augmentation constatée dans l'utilisation du Planning Familial (PF) constitue le résultat le plus étonnant. L'étude qualitative indépendante réalisée à la fin du projet a permis de justifier l'obtention d'un tel résultat par les financements attribués aux prestataires (aspects offre) qui ont alors su motiver la demande, ce qui a conduit à une plus forte utilisation des services de PF. Selon les femmes interrogées dans le cadre de cette étude qualitative, les prestataires répondaient mieux à leur demande, ne bloquaient plus la fourniture des produits, et ne demandaient plus d'argent pour ces services. En parallèle, les agents de santé expliquaient qu'ils avaient compensé leurs pertes grâce aux fonds du FBR.

Une des observations les plus importantes faites et confirmée par l'équipe chargée de l'étude qualitative, était l'amélioration des relations entre l'offre et la demande. L'ASACO et la Commune se sentaien mieux impliqués dans la gestion de la santé, mieux informés, et ainsi les services répondaient mieux à leur demande et à leurs besoins. Les services, quant à eux, disaient qu'ils étaient mieux soutenus pour réaliser leurs activités et mieux *guidés* et plus responsables.

Les fonds FBR ont été utilisés pour attirer du personnel additionnel, mettre en place des installations pour que les centres de santé disposent d'électricité solaire, pour l'achat de matériels mobiles et d'équipements médicaux. Ils ont également servi à rénover des bâtiments, mais aussi pour des innovations, telles que «sous-contracter » des accoucheuses traditionnelles pour référer des femmes enceintes à haut risque vers le centre.

Conclusions

Pour informer le niveau politique pour la mise à échelle au niveau national, plusieurs recommandations ont été formulées. Il s'agissait OK entre autres :

- Chercher des modalités pour financer le FBR sur des fonds internes :
    - PRODESS : chercher les modalités à l'intérieur du budget existant du MSHP, et faire un plaidoyer auprès du Ministère de Finances, du Gouvernement et du Parlement dans ce sens ;
    - Faire le plaidoyer auprès des collectivités et des ASACO de rendre les fonds provenant du Recouvrement de Coûts en modalité FBR.
- Introduire l'approche FBR par phases : instaurer une structure nationale de coordination pour l'introduction du FBR au niveau national et constituer une équipe spécifique au niveau national chargée d'appuyer les équipes régionales ;
- Mener une étude « baseline » avant le démarrage des activités FBR dans les structures concernées ;
- Adapter l'approche testée par le programme OMD5-FBR : dans les CSRéf, payer par résultat en qualité de soins au lieu par résultats quantitatifs ; identifier une structure alternative pour la vérification des résultats des CSCom par l'ECD et des CSRéf par la DRS (conflit d'intérêts – car ils font partie du même système déconcentré du MSHP) ;
- Pour assurer la viabilité financière du FBR, il s'avère nécessaire de revoir les prix unitaires des paiements par résultat, de prévoir un plafond budgétaire sur les résultats à acheter, de revoir tous les ans les indicateurs de score de la qualité et enfin de réduire les couts de transaction.
- Assurer le minimum de ressources humaines, logistiques (voitures, etc.) ;
- Pour la vérificati**on** : *standardiser* l'interprétation des normes et procédures nationales existantes sur le terrain – le FBR nécessite des définitions très précises des indicateurs pour permettre un paiement harmonisé.

Il faut noter que la Banque Mondiale a prévu un projet pilote sur base du FBR à la malienne - à Koulikoro, mais que les contrats n'ont pas encore pu être signés. Aussi, le Comité de Pilotage de l'OMD5-FBR avait proposé d'introduire le FBR dans la politique nationale et rendre une partie du budget existant en FBR.

ANNEX C : DOCUMENTS CONSULTES

Chapitres Méthodologie, Contexte général et contexte affectant le système de santé

1. Loi n°2-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé.
2. Mbengue Cheikh S.A., Yann Derriennic, Fodé Diouf, Demba A. Dione, Lamine Diawara, Abdoulaye Diagne, 2009. Evaluation du système de santé du Sénégal, septembre, Abt Associates Inc, Document Ronéotypé, 79p.
3. BCG, 2010, Etude sur le secteur privé au Mali, 103 p.
4. Ministère de l'Economie et des Finances, 2011, Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté CSCRP 2012-2017 – Un Mali émergent, une meilleure qualité de vie pour tous, Document ronéotypé, décembre, 146p.
5. INSTAT, 2011, 4iem Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali (RGPH-2009) – Analyse des résultats définitifs – Thème 2 : Etat et structure de la population, Document ronéotypé, décembre, 119p.
6. BCEAO, 2012, Rapport sur la situation de la pauvreté dans les pays de l'UEMOA, document ronéotype, p 34.
7. Health Systems 20/20, 2012, The Health System Assessment Approach : A How-To Manual - Version 2.0., www.healthsystemassessment.org
8. Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées, ONU Femmes, PNUD, 2013, Impact de la crise socio-économique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali, Document Ronéotypé, mars, 118p.
9. Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées, ONU Femmes, PNUD, 2013, Impact de la crise socioéconomique et politique 2012 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement au Mali, Document Ronéotypé, mars, 117 p.
10. INSTAT, 2013, Le Mali en chiffres, décembre
11. INSTAT, 2014, Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) 2014-2015 passage 1 – Rapport d'Analyse premier passage 2014, aout, Document Ronéotypé, p25-26.
12. Institut national de statistiques, 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP). Rapport d'analyse 2e passage. Accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages, novembre, 65p.
13. CPS/SSDSPF, INSTAT, INFO-STAT, Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT), 2014, Enquête Démographique et de Santé (EDMS-V) 2012-2013 Mali, Document Ronéotypé, USAID/ INSTAT/Coopération Canadienne, mai, 547 p.
14. Rapport sur le Développement Humain dans le Monde 2014, p179.
15. INSTAT, 2015, Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages – Santé, Emploi, Sécurité Alimentaire, et Dépenses de consommation des ménages, octobre-décembre 2014, Document Ronéotypé, février, p41.
16. DNS/MSHP, 2015, Annuaire SLIS 2014, Document Ronéotypé, 163p.

17. Cabinet Dalberg, 2015, Revue du manuel de procédures du PDSS Rapport 1- Etat des lieux, aout, Document Ronéotypé, pp26-27.
18. Auteur, 2015, Conférence internationale pour la relance économique et le développement du Mali : < Bâtir un Mali émergent >, octobre, nb pages.
19. MSHP-SG-Comité National d'orientation des Etats généraux de la santé, 2015, Recommandations du colloque national des Etats Généraux de la santé < l'accès équitable aux soins de qualité pour tous et de la promotion du droit des usagers >. Bamako, avril, nb de pages ? ? ?
20. Secrétariats Généraux/MSHP/MSAHRN/MFEF, sans date, Programme de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 (PRODESS III) – Version finale, Document Ronéotypé, 87p.
21. Secrétariats généraux de MSHP, MTASH, MPFFE, sans date, Politique Nationale de Financement de la Santé pour la couverture universelle 2014-2023, §6, p12.
22. http ://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/03/14/the-malian-economy-holds-steady-in-the-face-of-crisis, consulté le 1er septembre 2015.
23. http ://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview
24. http ://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview
25. http ://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.GROW consulté le 02 septembre 2015.
26. http ://www.worldbank.org/en/country/mali/overview, consulté le 07 décembre 2015.
27. http ://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf, consulté le 02 octobre 2015.
28. http ://www.data.unicef.org/child-health/malaria.html, consulté le 02 octobre 2015.
29. http ://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/, consulté le 02 octobre 2015.
30. http ://data.worldbank.org/country/mali#cp wdi, consulté le 28 janvier 201

Section Gouvernance

1. Décret n° 01- 074 / P-RM du 12 février 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement
de l'Inspection de la santé.
2. Ministère de la Santé, 2005, Cadre Conceptuel de l'Organisation du Système de Référence/ Evacuation au Mali, nb pages.
3. Lamiaux M., Rouzaud F., Woods W., BCG, 2011, Etude sur le secteur privé de la santé au Mali – La situation apres l'initiative de Bamako, Document de travail de la Banque Mondiale N0 211, Banque Mondiale/IFC/Société Financière Internationale, 103 p.
4. Ballo M.B., Koné B., Traoré B., Camara I., Dao D., Lodenstein E., 2012, Manuel de facilitation de la mise en œuvre de la décentralisation en matière de santé au Mali, Tome I et Tome II, novembre.
5. MSHP/CADD, 2012, Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé Tome I - CSCOM) ; Tome II - CSRéf ou hôpital de district, novembre.
6. Institut national de statistiques, 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP). Rapport d'analyse 2e passage. Accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages, novembre, 65 p.

7. MSHP, MAHSP, 2014, Recueil de textes législatifs et règlementaires sur la santé et le développement social dans le contexte de la décentralisation. Réédition décembre, 548p.
8. Auteur, 2015, Conférence internationale pour la relance économique et le développement du Mali : < Bâtir un Mali émergent >>, octobre, nb pages.
9. Cabinet Dalberg, 2015, Revue du manuel de procédures du PDSS Rapport 1- Etat des lieux, aout, pp26-27.
10. MSHP-SG-Comité National d'orientation des Etats généraux de la santé, 2015, Recommandations du colloque national des Etats Généraux de la santé < l'accès équitable aux soins de qualité pour tous et de la promotion du droit des usagers >>. Bamako, avril, 17p.
11. https ://www.transparency.org/country/#MLI consulté le 26 janvier 2016.

Section Financement

1. Auteurs, 2011, Etats des lieux du système de financement de la santé au Mali, OMS, 33 p.
2. Secrétariats Généraux du MSHP, MTASH, MPFFE, sans date, Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023- document non validé, Document Ronéotypé, 38p.
3. Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, Impact of Health Systems Strengthening on Health, Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.
4. Connor C., Averbug D., Miralles M.. 2010. Angola Health System Assessment 2010, Bethesda, MD : Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, July, 132p.
5. Ministère du travail, de la fonction publique et de la réforme de l'état, Commissariat au développement institutionnel, 2015, Projet de nouveau programme de réforme de l'administration (2015-2020), mars, 144 p.
6. Ministère de l'économie et des finances, Direction générale du budget, 2014, Le budget-Citoyens du Mali, 2015, 17 p.
7. Ministère de l'économie et des finances, Direction générale du budget, 2012, Le budget-Citoyens du Mali, 2013, 16 p.
8. Ministère de l'économie et des finances, Commissariat au Développement Institutionnel, en partenariat avec L'International Budget Partnership. 2011, Le budget-Citoyens du Mali, 2012, 11 p.
9. MSHP, MSAHRN, MPFEM, 2015, Cadre de dépenses à moyen terme pour le développement sanitaire et social, avril, 45 p.
10. Auteurs, 2014, La mise à disposition effective de biens et services dans les secteurs sociaux (éducation et santé) : Etude sur les contraintes de gestion des finances publiques et de passation des marchés, Banque Mondiale, avril, 61 p.
11. Dr Jurrien Toonen, Mr. Dao Dramane, Mme Judith Matthijssen, et Dr Brahima Koné, 2014, Evaluation finale : Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikouro – Projet pilote de financement basé sur les résultats dans les cercles de Diola et Banaba, Royal Tropical Institute, KIT Development and Practice & SNV, mai, 97 p.
12. Ministère des finances et de l'économie, Secrétariat général, 2014, Note de présentation (du budget), septembre, 41 p.
13. MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 2014, Synthèse du bilan 2013 et de la programmation 2015, décembre, Présentation PowerPoint, 21 diapositives.

14. MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 2013, Synthèse du bilan 2012 et de la programmation 2014, décembre Présentation PowerPoint, 25 diapositives.
15. MSHP, Direction des finances et du matériel, Comité national de suivi du programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 2015, Synthèse du bilan 2014 et de la programmation 2016, décembre, Ébauche Document Word, 33 p.
16. MSHP, MSAHRN, MPFEM, Secrétariat permanent du PRODESS, Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social, et promotion de la famille, 2014, Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III), 234 p.
17. MSHP, Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social, et promotion de la famille, 2015, Comptes de la santé du Mali, édition 2013, mars version provisoire, 89 p.
18. Olivier de Sardan J.P., Riddle V., 2014, Une politique publique de santé et ses contradictions < la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger >>. Karthala.
19. Touré L., 2010, Les Politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens, Edition Miseli. Septembre, nb pages.
20. Touré L. et al., 2012, La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Etude comparative dans 3 sites d'enquête, Edition Miseli. Octobre, nb pages
21. Coalition des alternatives africaines dettes et Développement (CAD) : Politique de gratuité des soins de santé au Mali, < s'informer mieux pour travailler à plus d'impact sur la vie des plus pauvres >>.
22. Berthé I., Fomba G., Diarra S., Guindo B., Derrick Y., Ouédraogo H., Guiteye A., 2012, Etude sur l'effet de l'introduction d'une prise en charge des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées au Mali, 2012. 119 p.
23. Loi N°98-036 du 30 juillet 1998 portant sur la lutte contre les épidémies et interventions des vaccinations obligatoires
24. Loi N°06-28 du 29 juin 2006 sur le VIH
25. Décret N°05-350/P-RM du 4 aout relatif à la prise en charge de la gratuite de la césarienne, et arrêté interministériel N°090754 portant sur les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge des gratuités.
26. Décret N°10-628/P-RM du 29 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et traitement du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé.
27. Décret N°0505-147/P-RM du 31 mars 2005 fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'état aux malades du Sida et personnes vivant avec le VIH et de la garantie de confidentialité

Section Ressources Humaines

1. Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Ministère de la Santé, 2007, Politique Nationale de contractualisation dans le secteur socio-sanitaire au Mali, document ronéotypé, version provisoire de janvier 2007, 39p.
2. CPS/MSHP, 2009, Développement des ressources humaines pour la santé – Politique Nationale, Document ronéotypé, décembre, 43p+ annexes.

3. Observatoire de ressources humaines pour la sante de l'Afrique, Union Européenne, Global Health Workforce Alliance, WHO, 2009, Profil en ressources humaines pour la santé- Nom du pays : Mali, 74.
4. CPS/SSDSPF, 2011, Evaluation externe du plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007, USAID/Measure Evaluation/ATNPlus, aout, 90 pages + annexes.
5. WHO, 2014, The Global Health Workforce Alliance 2013 Annual Report, 32p.
6. CPS/SSDSPF, 2014, Plan stratégique du système national d'information sanitaire et sociale 2015-2019 (PS SNSIS 2015-2019), Document Ronéotypé, OMS/UNICEF, décembre, 67 p.
7. CISFRECOM, DRH, 2014, Etude pour l'élaboration de la stratégie nationale de formation continue du secteur de la santé (Etape : Etat des lieux) – Rapport final, ACDI, aout, 56p.
8. DNS, 2014, Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2014-2018, document ronéotypé, novembre, p16.
9. DRH, 2015, Note technique sur la médicalisation des aires de sante (CSCOM), 24p.
10. DNS/MSHP, 2015, Annuaire SLIS 2014, Document Ronéotypé, 163p.
11. Courrier du Ministre, n0 2291 en date du 10 novembre 2015, adressé aux Directeurs Régionaux de la Santé S/C la DNS.
12. DRH/SSDS, 2015, Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SI-GRH), juin, Présentation PowerPoint, 25 diapositives.
13. http ://www.projetdeclic.org/asaco--cscom-u.html consulté le 17 décembre 2015.
14. CPS, Secrétariat Permanent du PRODESS, sans date, Rapport d'évaluation 2013 et de programmation 2015 de la Direction des Ressources Humaines secteur sante et développement social, 19p.
15. Alliance Mondiale pour le personnel de santé, OMS, sans date, Une vérité universelle : Pas de sante sans ressources humaines – Résumé, 6p.
16. République du Mali, sans date, Profil des ressources humaines de la santé du Mali, Document Ronéotypé, OMS/Alianza mundial en pro personalia sanitario/OOAS-WAHO, 74p.

Section Gestion des produits pharmaceutiques

1. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social Et Promotion De La Famille, 2015, Annuaire du Système National D'information Sanitaire et Sociale 2013, Aout, 270 p.
2. DELIVER PROJECT, année ND, Suivi et Évaluation de la Performance d'un Système Logistique, 16 PPT.
3. Direction de la Pharmacie et du Médicament, 2009, Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution de médicaments et autres produits de santé au Mali, OMS, Août, 57p.
4. Diarra, A. et all, 2013, Rapport d'évaluation du système de gestion logistique des médicaments essentiels du Mali, février, 101 p.
5. DPM, 2012, Politique Pharmaceutique National, 22 p.
6. DPM, 2010, Manuel, du Schéma Directeur d'approvisionnement, Et de Distribution des Médicaments essentiel, 84 p.
7. DPM, 2014, Liste National de Médicament Essentiels, juillet.

8. Oumar Ouattara, Rhissa Ag Tachrist, 2005, Les prix des médicaments une nouvelle approche pour les mesurer, janvier, OMS, Health Action International, 41p.
9. Minkaïla MAIGA, Amara Chérif TRAORE, Diadié MAIGA, 2003, Evaluation du secteur Pharmaceutique au Mali, août, 60 p.
10. Yaya Coulibaly, Dr Sékou O. Dembélé, Assitan Kaloga, 2013, Monitoring de prix des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé, juillet, DPM/OMS, 27 p.
11. Yaya Coulibaly, Diadié Maiga, Sango Fanta Sangho, 2013, Evaluation du cycle de distribution des médicaments destinés à la mère et à l'enfant dans le secteur public, décembre, OMS,75 p.
12. Fatoumata Haidara Diallo, Ed Vreeke, 2010, Évaluation des procédures de gestion pharmaceutique de la Pharmacie Populaire du Mali août 2009, juin, Strengthening Pharmaceutical Systems 54 p.
13. http ://WWW.cnop.sante.gov.ml
14. http ://WWW.cnop.sante.gov.ml/docs/listeumpp.pdf
15. http ://WWW.cnop.sante.gov.ml/images/umpp2.png
16. I Solution, 2011, Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks : Indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les sur stockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques, OMS, 53 p.
17. Ordre national des pharmaciens, année (ND), Recueil de textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique au Mali, 180 p.
18. PPM, 2014, Plan stratégique 2015-2019 de la Pharmacie Populaire du Mali, octobre, SIAPS, 67p.
19. USAID/Deliver Project, 2009, Commande de prestation - Outil d'Évaluation du Système Logistique (OESL), Arlington Va., 72 p.

Section SIS

1. Cellule de Planification et de la Statistique Secteur Sante, Développement Social Et Promotion de La Famille, 2015, Annuaire 2013 du Système National D'information Sanitaire et Sociale, Août, 270 p.
2. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Sante, Développement Social et Promotion de La Famille, 2014, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire Et Sociale 2015-2019, décembre, 69p.
3. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Sante, Développement Social et Promotion de La
Famille, 2015, Plan d'Action du Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire et Sociale 2015-2019, juillet, 150 p.
4. CPS, 2009, Rapport d'évaluation du Système National d'Information Sanitaire par l'outil du réseau de métrologie sanitaire, mars, 53 p.
5. CPS, 1998, Schéma Directeur Du Système National d'Information Sanitaire et Sociale, mars, 63 p.
6. CPS, Cadre logique du plan d'action DHIS2, en fichier excel.
7. Cellule De Planification et de la Statistique, 1998, Schéma Directeur Du Système National d'Information sanitaire et Sociale, mars, 63 p.
8. CPS-SSDSPM, 2015, Plan d'Action du Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire et Sociale 2015-2019, juillet, 150 p.

9. DNS, 2014, Rapport Evaluation du système local d'information sanitaire (SLIS) avec les outils PRISM, avril, 134 p.
10. Measure Evaluation, 2014, Analyse Situationnelle du Système d'information Sanitaire du Mali, juillet, 21 p.
11. MSHP, 2008, Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) 2009-2015, novembre, 108 p.
12. MSHP/DNSP, 2014, Evaluation du système local d'information sanitaire (SLIS) avec les outils PRISM, avril, 137 p.
13. MSHP/DNSP, date ND, Manuel De Procédures Du Système Local D'information Sanitaire, 38 p.
14. MSHP/DNSP, 2015, Liste des aires fonctionnelles en fin 2014, septembre,25 p.
15. MSHP/DNSP, date ND, Grille de supervision Système Local d'Information Sanitaire des Formations Sanitaires : Etat des lieux et suivi des activités, 14 p.
16. Tohouri Romain-Rolland, Mounkaila Abdou Billo, 2013, Evaluation de la performance du système national d'information sanitaire de routine à base communautaire du Mali par la méthodologie PRISM, 2013, 40 p.

Section Prestations de services

1. Jean Pierre Olivier de Sardan et Valéry Riddle, 2014, Une politique publique de santé et ses contradictions « la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger », Karthala, 463p
2. Laurence Touré, 2010, Les Politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens, Edition Miseli. septembre. 58p.
3. Laurence Touré et al., 2012, La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Etude comparative dans 3 sites d'enquête, Edition Miseli, octobre, 61p.
4. Coalition des alternatives africaines dettes et Développement (CAD), date, Politique de gratuité des soins de santé au Mali, « s'informer mieux pour travailler à plus d'impact sur la vie des plus pauvres » nb de pages ?.
5. Berthé, G. Fomba, S. Diarra, B. Guindo, Y. Derrick, H. Ouédraogo, A. Guiteye, 2012, Etude sur l'effet de l'introduction d'une prise en charge des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées au Mali, 119 p.
6. MSHP/CADD, 2012, Guide d'opérationnalisation du Décret N°2-314/PRM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé 2e édition, novembre, 58p.
7. MSHP/CADD, 2012, Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé. Tome 1, novembre, 39 p.
8. MSHP/CADD, 2012, Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé. Tome 2, novembre, 39 p.
9. Boston Consulting Group, 2010, Etude sur le secteur privé au Mali, pour le compte de la Banque mondiale à la demande du MSHP, avril, 103 p.
10. MSHP/SG, 2014, Plan stratégique national des soins essentiels dans les communautés 2014 – 2018, novembre, 49p.
11. Rochaix L, Tubeuf S., sans date, Equité en santé : Apports de l'analyse économique, et perspectives de recherche, 19p.
12. Ministère de la santé/CPS, INSTAT, Centres d'études et d'information statistique, 2014, EDSM-V 2012-2013, mai, 403p.

13. INSTAT, 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), Rapport d'analyse deuxième passage, Accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages, novembre. 52p.
14. CPS, MSHP, MDSSPA, 2011, Evaluation externe du Plan Décennal du Développement Sanitaire et Social 1998-2007, Document ronéotypé, aout, 90p + annexes.
15. Resaolab, 2011, Plan d'assurance qualité pour les laboratoires d'analyses médicales au Mali 2011-2012, 27 p.
16. MSHP/ANEH, 2011, Guide d'élaboration de référentiels à l'attention des établissements hospitaliers du Mali, juin, 25p.
17. M. Audibert, E. Roodenbeke, 2005, Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de situation et perspectives, avril, 110p.
18. Balique H., Simpara C.T, Koita N., Diabate O. Diallo Bokari, 2014, Rapport de la mission d'analyse du processus d'accréditation d'assurance qualité au Mali- Rapport final, 175p.
19. Mathieu Lamiaux, François Rouzaud, Wendy Woods, 2011, Etude sur le secteur privé - Situation après l'Initiative de Bamako, Document de travail de la Banque mondiale N°219.
20. Ministère de la Santé, 2005, Cadre Conceptuel de l'Organisation du Système de Référence/ Evacuation au Mali, nb pages.
21. DNS/DHSP, 2008, Evaluation du Programme d'Education à l'Hygiène en milieu scolaire, nb pages.
22. DNS/DHPS, 2010, Plan Stratégique de Promotion des Pratiques d'Hygiène à Grands Impacts 2011-2015, nb pages.

HFG
Health Finance
& Governance
Expanding Access. Improving Health.

Abt
ASSOCIATES
BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT