



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique**

**Ministère de la Solidarité, de
l'Action Humanitaire et de la
Reconstruction du Nord**

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

.....
Secrétariats Généraux



PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018

(PRODESS III)

VERSION FINALE

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	v
1. Introduction	1
1.1 CONTEXTE	1
1.2 PDDSS – CADRE STRATEGIQUE POUR LE PRODESS-III	2
1.3 METHODOLOGIE	2
2. Analyse de la situation	5
2.1 ETAT DE SANTE	5
2.2 POLITIQUES SECTORIELLES	9
2.3 DETERMINANTS DE L’ETAT DE SANTE AU MALI	11
2.3.1 PAUVRETE ET SANTE	12
2.3.2 HYGIENE PUBLIQUE ET SALUBRITE	13
2.3.3 SANTE MENTALE, COMPORTEMENTS ET STYLES DE VIE SAINS	16
2.3.4 PROTECTION SOCIALE	17
2.3.5 L’ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE	22
2.3.6 L’INSERTION SOCIALE ET ECONOMIQUE DES GROUPES DEFAVORISES	25
2.3.7 L’HUMANITAIRE	26
2.3.8 LA CRISE AU MALI	29
2.3.9 DROITS ET SANTE; FEMMES ET ENFANTS; GENRE	31
2.4 SYSTEME SOCIO-SANITAIRE	38
2.4.1 LES SERVICES	38
2.4.1.1 L’offre	38
2.4.1.2 La demande de services	50
2.4.2 INTRANTS	53
2.4.3 SYSTEME NATIONAL D’INFORMATION SANITAIRE ET SOCIAL (SNIS)	58
2.4.4 RESSOURCES HUMAINES	61
2.4.5 FINANCEMENT DU SECTEUR SOCIO-SANITAIRE	66
2.4.5.1 Politiques / stratégies du financement de santé	66
2.4.5.2 Mobilisation des ressources	67
2.4.5.3 Financement de la demande	70
2.4.6 GOUVERNANCE	73
2.4.6.1 Gouvernance du secteur	73
2.4.6.2 Gouvernance locale	80
3. PRODESS - III	85
3.1 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS.	85
3.2 THEMES TRANSVERSAUX	86
3.2.1 SYNERGIE, MISSION ET ATTRIBUTIONS DES 3 DEPARTEMENTS DE TUTELLE	86
3.2.2 REGLEMENTATION DU SECTEUR	87
3.2.3 MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS MEDICAUX	87
3.2.4 DROITS DE LA FEMME EN MATIERE DE SANTE; ‘GENRE’	89
3.2.5 RENFORCEMENT DU DISTRICT SANITAIRE (DS)	90
3.2.6 RENFORCEMENT DE LA DEMANDE	91
3.2.7 MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LE SECTEUR	91
3.2.8 GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	91
3.2.9 DECENTRALISATION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	95
3.2.10 MOTIVATION DU PERSONNEL	97
3.2.11 APPLICATION DES LEÇONS TIREES DE LA CRISE	98
3.3 LES TROIS COMPOSANTES DU PRODESS-III	99
3.3.1 COMPOSANTE 1; « SANTE ET HYGIENE PUBLIQUE »	99

3.3.1.1	Plateau technique (services DS);infrastructure.....	99
3.3.1.2	Développement des ressources humaines	101
3.3.1.3	Services de santé dans les Districts Sanitaires: qualité, disponibilité, continuité.....	102
3.3.1.4	Financement des 'outputs' (FBP)	104
3.3.1.5	Information sanitaire et sociale	105
3.3.1.6	Gouvernance	106
3.3.1.7	Hygiène publique et salubrité	107
3.3.2	COMPOSANTE – 2. « DEVELOPPEMENT SOCIAL ».....	109
3.3.2.1	Accès aux services socio-sanitaires	109
3.3.2.2	Prise en charge psychosociale et réinsertion.....	110
3.3.2.3	Protection Sociale et Economie Solidaire	111
3.3.2.4	Réponse aux crises et catastrophes	113
3.3.3	COMPOSANTE – 3. « FEMME, FAMILLE, ENFANT »	115
3.3.3.1	Promotion de la composante 'genre' et des droits de l'enfant	115
3.3.3.2	Renforcement des programmes prioritaires de santé des femmes et enfants.....	116
3.3.3.3	Lutte contre les pratiques néfastes et des violences basées sur le genre	117
3.3.3.4	Prise en charge des victimes des catastrophes.....	118
3.3.3.5	Renforcement du rôle de la famille.....	118
3.3.3.6	Renforcement des services PFFE dans les régions et les Cercles.....	119
3.4	MISE EN ŒUVRE DU PRODESS-III	119
3.4.1	CYCLE DE PLANIFICATION	119
3.4.2	MISE EN ŒUVRE	121
3.4.3	SUIVI ET EVALUATION DES PO.....	121
3.4.4	ADAPTATION DU MANUEL DE PROCEDURES PRODESS.....	122
3.5	COUTS DU PRODESS-III ET SON FINANCEMENT	125
3.5.1	BUDGET REQUIS ('MINIMAL'), POUR LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES	125
3.5.2	COUTS ET RESSOURCES : SCENARII DE L'ENVELOPPE ; ANALYSES DE 'GAPS' ; ROLE DES PTF	128
3.5.2.1	Ecart entre budgets 'minimum' et 'maximum'	128
3.5.2.2	Ressources disponibles – scenarii pour le budget d'état.....	130
3.5.2.3	Recouvrements.	133
3.5.2.4	Rôle des PTF	133
3.5.2.5	'Gestion du GAP'	134
3.5.2.6	En conclusion.....	135
4.	ANNEXES	1
	ANNEXE 1. ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES	1
	ANNEXE 2. PDDSS 2014-2023 : 11 OS ET 63 RS	1
	ANNEXE 3. ACTIVITES PRIORITAIRES ET CIBLES 2018, PAR COMPOSANTE PRODESS-III.....	5
	ANNEXE 4. PAUVRETE ET SANTE; ASPECTS FINANCIERS	35
	ANNEXE 5. PAUVRETE ET SANTE, SELON QUINTILES DE BIEN-ETRE.	37
	ANNEXE 6. L'OFFRE DES SERVICES DE SANTE – EVOLUTION ET COUVERTURE DES CSCOM	42
	ANNEXE 7. SITUATION DU PERSONNEL DES SERVICES PFFE, PAR CERCLE	44
	ANNEXE 8. UTILISATION ET COUVERTURE DES SERVICES SOCIO-SANITAIRES	46
	ANNEXE 9. MOBILISATION DES RESSOURCES 2005-2014.....	47
	ANNEXE 10. EXPERIENCE PILOTE DU FINANCEMENT BASE SUR LES PERFORMANCES (FBP); DIOILA ET BANAMBA. ..	55
	ANNEXE 11 DIVISION DES RESPONSABILITES ENTRE LES TROIS DEPARTEMENTS – PRODESS-III	56
	ANNEXE 12. LISTE DES GROUPES THEMATIQUES.	57
	ANNEXE 13. CADRE COMMUN DES INDICATEURS PDDSS / PRODESS-III.....	58
	ANNEXE 14. INDICATEURS OPERATIONNELS, PAR COMPOSANTE, ET PAR RS.....	64
	ANNEXE 15. BIBLIOGRAPHIE, PAR COMPOSANTE PRODESS-III.....	85

Liste des Tableaux

Tableau 1. Evolution des CSCOM fonctionnels par région en fonction de la carte sanitaire.....	39
Tableau 2. Evolution des principaux indicateurs publiés dans les annuaires statistiques SLIS des années 2004 à 2008 et l'année 2012.....	40
Tableau 3. Evolution la mise en place du système de référence/évacuation dans les districts sanitaires de 2004 à 2012.	40
Tableau 4. Evolution de quelques indicateurs de santé de la reproduction de 2006 à 2012	41
Tableau 5. Indicateurs hospitaliers au Mali, 2012.....	42
Tableau 6. Evolution du taux de mortalité hospitalière au Mali, 2010-2012.....	43
Tableau 7 : Evolution des effectifs du personnel de santé par profil de 2009 à 2012.....	61
Tableau 8. Coûts du PRODESS-III par composante, par an, en FCFA, et par capita en US\$	128
Tableau 9. Coûts 'maximum', par composante, par niveau, et par capita en US\$	129
Tableau 10. Coûts annuel 'maximum', issu des plans centraux et régionaux pour une année	129
Tableau 11. Ecart entre les Coûts minimum et maximum, en F C FA, et par capita, en U\$	130
Tableau 12. Prévision budgétaire pour 2014, et gaps par rapport au chiffrage des coûts pour les interventions prioritaires.....	130
Tableau 13. Enveloppe des ressources conformément aux allocations sectorielles du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT).....	132
Tableau 214. Les 11 OS et les 63 RS du PDDSS/PRODESS-III	1
Tableau 151. Evolution de l'exécution budgétaire par année et pourcentage par niveau.....	35
Tableau 16. Dépense totale de santé par tête en FCFA et en Euro selon les zones de pauvreté.....	35
Tableau 17. Dépenses totales de santé moyenne par ménage selon le quintile de bien-être et le lieu de résidence.....	35
Tableau 18. Indicateurs de santé selon le quintile de bien-être et le lieu de résidence	36
Tableau 19. Evolution / couverture CSCOM, par région	42
Tableau 20. Personnel existant dans les services locaux PFEF, par Cercle, par rapport au cadre organique.....	44
Tableau 21. Utilisation et couverture des services socio-sanitaires 2004-2012	46
Tableau 22. Ressources pour la santé; contribution en % des sources de financement. 1999-2004...	47
Tableau 23. Budget prévu par source 2011-2014 (%).....	52
Tableau 24. Taux de mobilisation, par source; 2011-2014	53
Tableau 25. Budget mobilisé, par catégorie de dépenses 2011-2014	53
Tableau 26. Budget mobilisé par source; 2011-2014.....	54
Tableau 27. Rôle des trois départements, par domaine	56
Tableau 28. Tableau: Estimation des cibles par an des indicateurs du cadre commun 2014-2018, PRODESS III	58
Tableau 29. Indicateurs par RS; Composante 1.....	64
Tableau 30. Indicateur par RS. Composante 2	72
Tableau 40: Indicateurs par RS. Composante 3.....	79

AVANT-PROPOS

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire de la promotion de la Famille. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays ; ce qui a été reconfirmé par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 - 049 du 22 Juillet 2002, qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) I sur la période 1998-2002 et le PRODESS II, sur la période 2005- 2009. Le PRODESS II a été par la suite prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011 qui constitue le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En 1993, le Mali a adopté deux nouvelles politiques : (i) la Politique de Solidarité afin d'assurer le bien-être de la population en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociales pour un développement humain durable, dont les orientations portent sur le renforcement de la solidarité, la lutte contre l'exclusion et la pauvreté ; et, (ii) la Politique de Protection Sociale à travers, l'extension des champs d'application matériel et personnel de la sécurité sociale, le développement de l'aide et de l'action sociale et le développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité, dont la mise en œuvre a abouti à la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

En 2013, le Mali a également adopté la Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire.

Les actions de la promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant se réfèrent à la Politique Nationale « Genre » adoptée en 2010 pour le relèvement de l'ensemble des indicateurs sociaux, qui ne pourra se faire sans des mesures concrètes pour éliminer les disparités et les inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. A cet effet, le Politique National genre préconise la bonne gouvernance dans les politiques et réformes publiques les plus porteuses de changement et dans les budgets, en considérant le contexte de la déconcentration et de la décentralisation, dans les secteurs prioritaires. Le département de la Femme, de l'Enfant et de la Famille disposera en plus de la politique nationale genre, de la politique de l'enfant et de celle de la famille qui sont en cours d'élaboration.

Ces politiques ont constitué le cadre de référence de l'ensemble des projets et programmes de développement socio-sanitaire exécutés au cours de ces vingt dernières années.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces politiques, le Mali a élaboré son quatrième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023. Ce nouveau plan décline une nouvelle approche pour la prise en compte du secteur regroupant les domaines de la Santé et de l'Hygiène Publique; du Développement Social, qui ont été élargis à la promotion de la Famille en 2010. La pertinence de sa conception dépendra d'une synergie des actions autour des trois départements en charge du programme.

Le processus d'élaboration du PDDSS (2014-2023) et de sa première tranche quinquennale 2014-2018 a démarré en 2011 avec l'évaluation du PDDSS précédent et de ses phases quinquennales (PRODESS). Cette évaluation a fait ressortir les progrès importants réalisés dans le domaine socio sanitaire et les défis à relever suite aux engagements y afférents pour la disponibilité des services à la population. Les principales orientations proposées concernent l'amélioration de la performance du système de santé pour qu'elle soit proche des populations, bien géré et fournissant des prestations de qualité et la responsabilisation des acteurs, ainsi que le renforcement de la solidarité avec la maîtrise du développement du secteur.

De façon ultime, le PDDSS (2014-2023) devrait donner une opportunité pour passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé et de la solidarité et de la promotion de la famille.

Le PRODESS III qui découle de ce PDDSS a été bâti suivant une approche participative, ascendante et décentralisée. Les acteurs à tous les échelons ont été associés à son élaboration. Il tient compte du contexte actuel marqué par la crise sociopolitique que le pays traverse.

Il a été élaboré sous le leadership de la CPS/Secteur Santé, Développement et Promotion de la famille, par un groupe de dix experts nationaux provenant des trois départements et de cinq consultants internationaux.

C'est un précieux outil pour les services techniques des trois départements concernés pour l'élaboration des plans opérationnels (PO) annuels et même pour les autres projets de développement socio sanitaires.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique	Le Ministre de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord	Le Ministre de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
		
M. Ousmane KONE Chevalier de l'Ordre National	M. Hamadou KONATE Chevalier de l'Ordre National	Mme SANGARE Oumou BA Chevalier de l'Ordre National
		

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une Politique sectorielle de santé et de population qui ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. Cette politique a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques, le Mali a développé son troisième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023. Ce nouveau plan, présente une approche nouvelle pour la prise en compte du secteur regroupant les domaines de la santé et du développement social qui ont été élargis à la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant en 2010. Il succède au PDDSS 1998-2007 qui a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle: le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I) sur la période de 1998-2002 et le PRODESS II 2005- 2009 qui a pris en charge deux composantes (santé et développement social), avec la scission en 2000 du département de la santé et de l'action sociale en deux départements distincts, dont l'un en charge de la santé, et l'autre en charge du développement social. Le PRODESS II a été prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011 qui constitue le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le processus d'élaboration du PDDSS (2014-2023) et de sa première tranche quinquennale a démarré en 2011 avec l'évaluation du PDDSS précédent et de ses phases quinquennales (PRODESS). Les principales orientations proposées concernent : (i) l'amélioration de la performance du système de santé pour qu'il soit proche des populations, bien géré et fournisse des prestations de qualité ; (ii) la responsabilisation des acteurs ; (iii) le renforcement de la solidarité et (iv) la maîtrise du développement du secteur.

Le PDDSS (2014-2023) devrait fournir l'opportunité de passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé, la solidarité et la promotion de la femme. En étroite collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), la société civile, les autres départements, les autres acteurs clés publics et privés, les trois départements (le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique; le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord; et, le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille exécutent la première tranche du PDDSS – le 'PRODESS-III' .

Toutefois, le processus d'élaboration du PDDSS (2014-2023) a connu des retards à cause de la crise socio- politique de mars 2012. Aussi, le document du PDDSS (2014-2023) a-t-il été validé le 27 novembre 2013 par le comité de pilotage qui a réuni les services centraux, rattachés et personnalisés des trois départements concernés et la société civile. Les PTF ont largement participé au processus avant l'avènement de la crise, et ont fait part de leurs observations qui ont été prises en compte.

1.2 PDDSS – cadre stratégique pour le PRODESS-III

Le PDDSS présente la vision du gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des OMD et pour réduire la pauvreté conformément aux orientations du Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017).

Les objectifs stratégiques (OS) du PDDSS 2014-2023 sont au nombre de onze (11) :

- (i) Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile;
- (ii) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles;
- (iii) Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non Transmissibles;
- (iv) Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé;
- (v) Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique;
- (vi) Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations;
- (vii) Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins;
- (viii) Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable;
- (ix) Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces;
- (x) Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire;
- (xi) Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.

Pour atteindre ces OS, 62¹ Résultats Stratégiques (RS) ont été développés (voir annexe 2, pour la définition des OS et RS, ainsi que leurs relations). Pour chaque RS, des interventions prioritaires ont été également déclinées.

1.3 Méthodologie

Le PRODESS-III a été élaboré suivant un processus largement participatif à l'image du PDDSS (2014-2023). Ce processus a d'abord démarré avec l'évaluation du plan précédent

¹En fait, il y a 63 RS : le RS 7-10 (sur l'usage rationnel des médicaments) a été proposé par la DPM, après la validation du PDDSS. Des aspects sur l'usage rationnel sont décrits dans ce PRODESS-III sous RS 7-10.

complétée par une évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux. Un plan a été élaboré, ensuite, pour préciser les orientations dans le domaine de la santé, du développement social, et de la promotion de la femme, de la famille, et de l'enfant pour les dix prochaines années.

Les capacités des équipes de région et des Districts Sanitaires (DS) ont été également renforcées en planification leur permettant d'élaborer leurs plans quinquennaux de districts sur la base des orientations du PDDSS (2014-2023). Les données relatives à la région de Tombouctou ont été produites par simulation². Suivant les mêmes dispositions, les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) dans les régions et au niveau central ont rendu disponibles leurs Projets d'Etablissements (PE).

Une mise en commun de ces différents plans des services régionaux des trois départements sur la base des priorités a été réalisée dans chacune des régions pour disposer du plan quinquennal régional consolidé avec un budget estimatif par OS et par RS du PDDSS (2014-2023). Par la même occasion, les services centraux, rattachés et services personnalisés des trois départements ont rendu disponibles leurs priorités pour la phase 2014 à 2018. Les simulations ont permis de prendre en compte les données des services qui n'avaient pas pu participer au processus. Une agrégation de ses priorités avec les plans quinquennaux régionaux consolidés a permis d'aboutir à la première phase quinquennale des composantes du nouveau plan décennal.

L'élaboration des composantes de la 1^{ère} phase quinquennale du PDDSS (2014-2023) a été appuyée par dix experts nationaux des trois départements et cinq consultants internationaux repartis sur les domaines du secteur, sous la supervision du Directeur de la Cellule de Planification et de Statistiques, secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS SS DS PF). L'équipe de formulation du PRODESS III a effectué une visite de terrain à Kangaba. Elle a visité le CSRéf et le CSCom de Kéniégou pour apprécier le fonctionnement et échanger avec les acteurs (personnel de santé, ASACO, les élus locaux et les autorités administratives). Ensuite, l'équipe a été répartie en quatre groupes de travail multidisciplinaires (santé et médicaments, développement social, genre, financement) qui ont procédé, chacun, à une analyse de situation et à la priorisation des activités. Les techniques de collecte des données utilisées ont concerné la revue documentaire et les interviews. Ainsi, le rapport d'évaluation du PDDSS 1998-2007, le Document du Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017), les annuaires statistiques, les EDS et autres documents de planification ont été consultés et ont permis de retracer la situation sanitaire et sociale du Mali et son évolution pendant plus de 10 ans. Les interviews des acteurs sur le terrain ont permis de compléter certaines informations tirées de la revue documentaire.

Une synthèse des problèmes prioritaires du secteur a été dégagée, transformée par la suite en domaines prioritaires d'intervention à partir des données de plans consolidés des régions et du PDDSS (2014-2023).

Le cadrage financier a été réalisé sur la base des indications des plans consolidés des régions dont les activités étaient déjà budgétisées et les synthèses des données des services

² Lors de la phase de formulation du PRODESS-III, la région n'avait pas encore finalisé son plan régional consolidé à cause des conséquences de la crise socio politique de mars 2012.

centraux. Les PTF ont participé à l'enquête (SurveyMonkey) pour la déclinaison de leurs prévisions budgétaires.

La liste restreinte d'indicateurs du secteur – 'Cadre Commun'- comme défini dans le PDDSS a été retenue, pour le suivi du secteur dans son ensemble. Quant aux composantes, des indicateurs opérationnels (par RS) ont été définis³.

³ Il a été constaté que la définition des indicateurs mesurables (SMART) et avec des cibles annuels, surtout pour les Composantes 2 (Développement Social) et 3 (Femmes, Famille, Enfants) nécessitera encore un travail supplémentaire, après la validation du PRODESS. L'annexe 14 montre les indicateurs opérationnels pour tous les RS, par Composante.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Etat de santé

La crise sécuritaire et politique au Mali, en 2012-2013, a eu des impacts négatifs et positifs sur l'atteinte des OMD. Les impacts négatifs correspondent aux pertes d'acquis économiques et sociaux, ainsi que le manque à gagner des actions de développement à l'arrêt du fait de la crise et les impacts positifs sont les modifications structurelles au niveau du système de mise en œuvre des OMD⁴.

L'évolution des différents indicateurs des OMD surtout ceux en corrélation avec la santé est appréhendée ci-dessous avec des graphiques ou chiffres d'illustrations⁵.

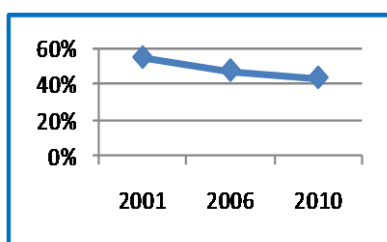


OMD 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim

Le CSCR 2012-2017 a été élaboré en 2011 pour apporter une réponse à l'atteinte des OMD. Sa mission est la suivante : *« Servir pour toutes les parties prenantes, de cadre intégrateur des politiques sectorielles et des stratégies régionales et locales de soutien à la croissance accélérée et durable, d'amélioration des conditions de vie et de réduction des inégalités et des disparités, au niveau rural comme urbain, entre les hommes et les femmes, dans le respect des droits humains et de principe de bonne gouvernance et de gestion axée sur les résultats »*⁶

Le recul de la pauvreté monétaire paraît une réalité comme illustré dans le graphique ci-dessous : 55% de la population étaient pauvres en 2001, 47,7% en 2006 et 43,6% en 2010. Au niveau national, il y a donc une progression vers l'objectif 2015 qui est de 34,7%.⁷

Figure 1. Taux de pauvreté 2001-2010



Source : PNUD - Le Mali et les Objectifs du Millénaire

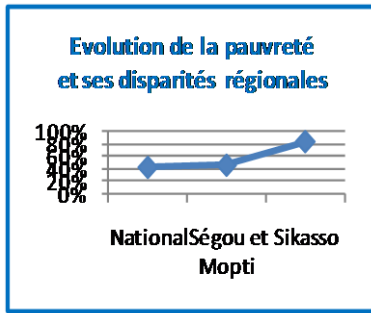
⁴ 2013 – PNUD – Impacts de la crise et politique 2012 sur les OMD du Mali

⁵ Les cookies sont copiés à partir du lien « huitfoisoui.solidairesdumonde.org »

⁶ 2011 – Gouvernement du Mali : Cadre Stratégique pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2012-2017

⁷ 2013 - Programme des Nations Unies pour le développement - Le Mali et les Objectifs du Millénaire

Figure 2. Variance régionale des taux de pauvreté



Cependant, au niveau des régions de Ségo, Mopti et surtout Sikasso la pauvreté sévit sévèrement : 47% de la population sont atteints dans les deux premières régions et 84% dans la région de Sikasso soit près du double de la proportion des pauvres au niveau national.

Source : PNUD – le Mali et les Objectifs du Millénaire.

L'analyse de la situation nutritionnelle entre 2006 et 2012 montre que la prévalence de la malnutrition aigüe globale a diminué de 15% (EDS-IV 2006) à 13% (EDS-V 2012). Ces taux placent le Mali en situation sérieuse d'après la classification de l'OMS (OMS, 1995). La malnutrition a de graves conséquences sanitaires et mentales sur les enfants. La malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est en baisse dans tous les milieux à partir de 2006, mais reste encore élevée avec un taux de 38% en 2012⁸. De fortes disparités subsistent entre milieux et entre régions; le taux le plus élevé en 2010 a été observé à Tombouctou: 31%.⁹ 38% des enfants de 6-59 mois accusent un retard de croissance (EDS-V, 2012). Bamako et Sikasso ont connu des améliorations depuis la dernière enquête en 2006; cependant, les régions de Kayes, Koulikoro, Ségo et Mopti sont demeurées bien au-dessus du seuil critique avec respectivement 34%, 40%, 41% et 46 % des enfants ayant un retard de croissance¹⁰. L'insuffisance pondérale, indicateur utilisé dans le cadre de l'OMD 1 (autre l'indicateur de la malnutrition chronique), plus précisément pour mesurer la pauvreté non-monnaire se situe autour de 27% bien loin des objectifs de 14% fixé pour 2015.

Quant aux carences en micronutriments, elles restent élevées. Les résultats de la dernière enquête EDS-V (2012-2013) indiquent que 82% des enfants de 6-59 mois dans les 5 régions du sud du pays et 51% des femmes entre 15-49 ans se trouvent être anémiques. L'analyse conduite par l'UNICEF¹¹ a montré que 35% de décès infantiles sont associés à une forme ou à une autre de la malnutrition.

⁸ Les résultats de l'EDSM-V sont disponibles (régions du sud)

⁹ 2013 - Programme des Nations Unies pour le développement - Le Mali et les Objectifs du Millénaire

¹⁰ Les taux de malnutrition chronique élevés persistants dans les régions ci-dessus semblent paradoxaux car ce sont des régions agricoles qui produisent des denrées alimentaires. Toutefois, lorsqu'il est analysé à la lumière des dépenses des ménages, il apparaît que le pourcentage des dépenses en produits alimentaires est extrêmement limité parmi les pauvres / très pauvres et la grande majorité des dépenses va aux produits alimentaires de base de mauvaise qualité nutritionnelle. Une étude du profil des moyens de subsistance dans la région de Sikasso a montré que parmi les pauvres (55- 70% de la population), très peu de ressources ont été consacrées à des produits alimentaires qui pourraient diversifier le régime alimentaire et très peu ont été consacrés à la santé et à l'éducation compromettant davantage l'assurance d'un état nutritionnel satisfaisant.

¹¹ 2013 – UNICEF Mali - Soutenir les femmes et les enfants dans une situation humanitaire

La coordination intersectorielle était presque inexistante même si par ailleurs elle a fait l'objet d'un traitement particulier dans le plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition 2004-2009. Le plan d'action multisectoriel a été élaboré et est en cours de validation¹². D'ores et déjà le Mali dispose depuis janvier 2014 d'une Politique Nationale de Nutrition validée, qui définit les grandes lignes pouvant servir de cadre pour l'amélioration et le renforcement de la situation nutritionnelle durant le PRODESS. L'amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant et de la femme enceinte fait partie des priorités identifiées dans le cadre du PDDSS 2014-2023. Les réponses à ces priorités contribueront à l'atteinte de l'OMD 1 en référence à de l'OS 1 du PRODESS-III.

OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous



De 2006-2007 à 2010-2011, le taux net de scolarisation est passé de 58,8% à 62,1%, suivant ainsi une évolution bien en deçà de celle nécessaire pour atteindre le seuil de 100% en 2015. L'allure de la courbe d'évolution montre un tassement voire une régression à partir de 2008-2009.

OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes



La disparité entre l'accès à l'éducation des filles et garçons est forte : 68% pour les garçons en 2010-2011 contre 56% pour les filles. Entre régions, elles sont encore plus fortes : alors que le taux net de scolarité dans le district de Bamako est de 88% en 2010-2011, dans les régions de Mopti et de Kidal, il n'atteint pas les 50%.

L'évolution à la baisse du taux net de scolarisation semble être le symptôme du dysfonctionnement du système éducatif. La proportion d'enfants achevant la cinquième année ainsi que le taux d'efficacité du système éducatif nous en disent plus. La proportion d'enfants achevant la cinquième année stagne: 53% en 2006-2009 et 55% en 2010-2011.

Le rapport de scolarisation filles/garçons a évolué presque linéairement entre 2006-2007 et 2010-2011 de 79 filles à 84 filles pour 100 garçons. Le rythme n'est pas suffisant pour atteindre un rapport de 100% en 2015. Le rapport est très bas dans la région de Kayes (72 filles pour 100 garçons).

Le taux d'alphabétisme des femmes a fortement augmenté entre 2001 et 2006 pour se stabiliser entre 2006 et 2010 à 31-32% tandis que celui des hommes connaît une croissance soutenue sur toutes les deux périodes en passant de 30% en 2001 à 54% en 2010.

Les disparités entre sexes dans les postes nominatifs ont tendance à augmenter: le pourcentage de femmes nommées à des postes de responsabilité est passé de 13% en 2008 à 9% en 2010; la proportion de sièges occupés par des femmes dans les conseils communaux baisse également.

¹²Ce document prévoit entre autres le renforcement du niveau institutionnel par la mise en place d'un commissariat à la sécurité alimentaire et nutritionnel qui sera rattaché à la Présidence.

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile



La mortalité des enfants de moins d'un an a diminué de 96‰ en 2006 à 56‰ en 2013. La cible en 2015 est de 43,1‰. Cependant, le recensement général de 2009 donne un taux de 104‰. On est ainsi enclin à dire que cette mortalité n'a pas évoluée dans le bon sens.

La mortalité infanto-juvénile, par contre, recule de 191‰ en 2006 à 95‰ en 2013 mais reste encore bien éloignée de la cible de 2015 qui est de 76,6‰. Le recensement général de la population et de l'habitat de 2009 quand à lui donne un taux de 154‰.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle



La mortalité maternelle doit être réduite de presque au quart, pour atteindre la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, de 582 décès pour 100 000 en 2001, elle a été réduite à 464 en 2006 selon les mêmes sources¹³. Il faut noter qu'en 2009, la mortalité maternelle en milieu urbain était de 115,2 pour 100 000, ce qui est inférieure à la valeur cible alors qu'à la même période celle en milieu rural était supérieure à 550 pour 100 000 naissances.¹⁴

Selon le rapport de l'EDS V (2013), le rapport de mortalité maternelle est estimé à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 464 en 2006. Malgré cette baisse, le niveau de mortalité maternelle reste encore très élevé au Mali. On est loin de la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes.

L'évolution à la baisse de la mortalité est en rapport avec l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés, du suivi prénatal et post-natal. La proportion d'accouchements assistés enregistre une légère augmentation régulière entre 2006 et 2009: 55% contre 58%. L'écart entre milieux, entre régions est considérable. Dans le District de Bamako, la proportion atteint les 90% (supérieure à la cible de 84,8%) en 2011 alors que dans les régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal, la proportion atteint à peine 40%. Les consultations prénatales évoluent selon un schéma similaire. En effet, le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %).¹⁵

Par contre, la fécondité reste élevée et diminue très lentement. L'indice synthétique de fécondité (ISF) passe de 6,71 enfants par femme en 2000-2005 à 6,12 en 2010-2015. Le rapport de l'EDS 2012- 2013, indique qu'en moyenne, l'Indice Synthétique de Fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme, alors que la cible en 2015 est fixée à 1,7. Par ailleurs, l'ISF est plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,5 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,0 enfants)¹⁶.

¹³ EDS IV 2006, EDSM-V 2012-2013

¹⁴ 2013 – PNUD - Impacts de la crise de la crise socioéconomique et politique 2012 sur les OMD

¹⁵ EDSM-V 2012-2013

¹⁶ EDSM-V 2012-2013

OMD 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies



La prévalence de la séropositivité a baissé légèrement de 1,7% en 2001 à 1,3% en 2006. Les résultats de l'EDS 2012-2013 font ressortir une prévalence globale (hommes et femmes de 15-49 ans) de 1,1%. Par ailleurs, la prévalence du VIH est plus faible en milieu rural (0,8%) qu'en milieu urbain (1,8%) et qu'à Bamako (1,7%).¹⁷.

L'incidence du paludisme reste encore élevée: 90,42‰ en 2011. Toutefois, elle a amorcé une diminution en 2011 pour la première fois depuis 2007 quand elle était de 105,03‰. L'incidence de la forme grave du paludisme est élevée chez les enfants de moins de 5 ans : 67‰ contre moins de 30‰ pour les autres classes d'âge.

En *conclusion*, on peut dire qu'il y a eu des évolutions mitigées concernant les indicateurs liés aux OMD au Mali. La plupart des indicateurs méritent un suivi dans le PRODESS car même s'il y a des évolutions favorables pour certains, les valeurs cibles pour 2015 sont encore loin d'être atteintes. Les considérations de l'équité entre les classes socio-économiques et entre les régions aussi méritent d'être prises en compte du fait des disparités existantes.

2.2 Politiques sectorielles

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali. Elle a été reconfirmée et consacrée par la Loi 02 049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont : (i) l'amélioration de la santé des populations prenant en compte la santé mentale; (ii) l'extension de la couverture sanitaire; et, (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

La politique sectorielle de santé et de population est complétée par d'autres politiques et plans stratégiques spécifiques : nutrition, sécurité sanitaire des aliments, santé de la reproduction, Sida, paludisme, tuberculose, recherche, maladies non transmissibles y compris la santé mentale.

D'autres politiques et stratégies élaborées par les deux autres départements du secteur, contribuent à un meilleur état de santé de la population, vu que la santé ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. Il s'agit des politiques suivantes :

> La *Politique de Solidarité* (1993) structurée autour de trois principales orientations stratégiques, à savoir : la Promotion Communautaire ou Développement Communautaire; le Développement d'une Politique d'Aide et de Protection Sociale; et, l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique en faveur des personnes âgées. Cette politique vise l'amélioration

¹⁷EDSM-V 2012-2013

des conditions économiques, culturelles, et sociales, des communautés par leur participation active à la vie.

> La *Politique Nationale de Protection Sociale*, adoptée en 2002¹⁸ avec trois orientations stratégiques : (i) l'extension des champs d'application matériel et personnel de la sécurité sociale ;(ii)le développement de l'aide et de l'action sociale ; et, (iii) le développement de la mutualité et des autres formes d'organisations basées sur la solidarité. L'application de cette politique, a abouti à la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) en 2009. Elle est complétée par la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé adoptée en 2011.

> La *Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire*¹⁹validée en 2013 avec quatre orientations stratégiques: (i) le renforcement institutionnel, législatif et règlementaire du secteur de l'économie sociale et solidaire; (ii) le renforcement des capacités des organisations et des acteurs de l'économie sociale et solidaire; (iii) le développement de l'information, de la formation et de la recherche en économie sociale et solidaire; et, (iv) l'administration et le suivi évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de l'ESS

> La *Politique Nationale Genre (PNG)*, qui vient renforcer les valeurs qui se traduisent dans les pratiques familiales, sociales et communautaires. Elle reconferme le rôle indéniable de la famille comme vecteur de transmission des valeurs culturelles et égalitaires²⁰. Cette politique est structurée autour des six orientations stratégiques qui sont: (i) consolidation de la démocratie malienne et de l'état de droit par l'égalité d'accès et la pleine jouissance des droits fondamentaux pour les hommes et les femmes; (ii) développement d'un capital humain (femme, homme) apte à affronter les défis du Développement socioéconomique du pays, de la réduction de la pauvreté, de l'intégration africaine et de la mondialisation; (iii) reconnaissance de la contribution des femmes au développement économique par leur insertion aux circuits productifs et l'accès égal aux opportunités d'emploi et aux facteurs de production; (iv) mise à contribution des potentialités des femmes et des hommes dans le développement du pays, par leur participation égale aux sphères de décision; (v) promotion, sensibilisation et communication pour l'enracinement des valeurs égalitaires au sein de la société malienne tout en ralliant des traditions porteuses d'égalité aux impératifs de la modernité et de l'ouverture sur le monde; et, (vi) prise en compte du Genre comme un principe directeur de bonne gouvernance dans les politiques et réformes publiques les plus porteuses de changement et dans les budgets²¹.

> La *Politique Nationale pour l'Abandon de la Pratique de l'Excision* : elle retrace les grandes orientations en matière de lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision, et s'inscrit dans le cadre de la *Politique Nationale Genre (PNG)*.

¹⁸ Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, avril 2002

¹⁹ Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire, Mai 2013

²⁰2010 – MFEF : Politique Nationale genre du Mali (PNG)

²¹ Tout en considérant le contexte de la déconcentration et la décentralisation et ce, dans les secteurs prioritaires suivants : justice, éducation, santé, emploi et formation professionnelle, développement rural, décentralisation, travail, fonction publique et réforme de l'Etat, économie, finances et communication.

> La *Politique Nationale de Promotion et de Protection de l'Enfant*. Un des principaux effets attendus s'énonce comme suit²² : « d'ici 2018, l'état de santé de la mère, de l'enfant et des adolescents est amélioré. » Le plan d'action national de promotion et de protection de l'enfant au Mali (2014-2018) est l'instrument d'opérationnalisation de cette politique.

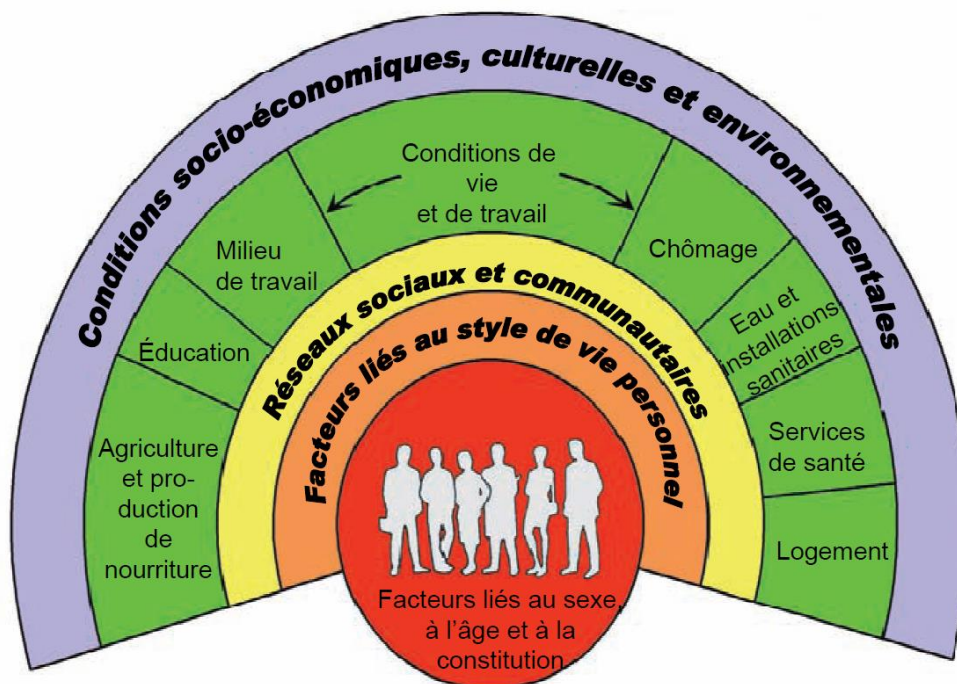
Par ailleurs, dans un contexte de sortie de crise consécutive au conflit armé et au coup d'état en 2012, il a été élaboré un « *Programme d'Actions du Gouvernement* » (PAG) couvrant la période 2013-2018, autour d'un projet de reconstruction de l'Etat (voire aussi ci-dessous : crise). Le PAG est multisectoriel. Un principe directeur est : « la promotion de l'égalité des chances, à travers des politiques publiques de santé et d'éducation »²³.

Les trois départements à savoir le MSHP, le MSAHRN, et le MFEF, disposent donc chacun des documents de politique bien définis. Ils œuvrent pour l'atteinte des résultats communs à travers l'exécution d'un seul PDDSS.

2.3 Déterminants de l'état de santé au Mali

Les déterminants de la 'santé' sont multiples. La figure suivante montre les déterminants de la santé de façon schématique (selon Dahlgren et Whitehead – 1991):

Figure 3. Déterminants de la santé (Dahlgren & Whitehead)



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991. Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

Le 'secteur socio-sanitaire', qui est le domaine de travail des trois départements de tutelle du secteur (MSHP;MSAHRN;MFEF) couvre plusieurs de ces déterminants, et le PRODESS-III

²²2013 – MFEF. Politique Nationale de promotion et de protection de l'enfant du mali/ Plan d'action 2014/2018

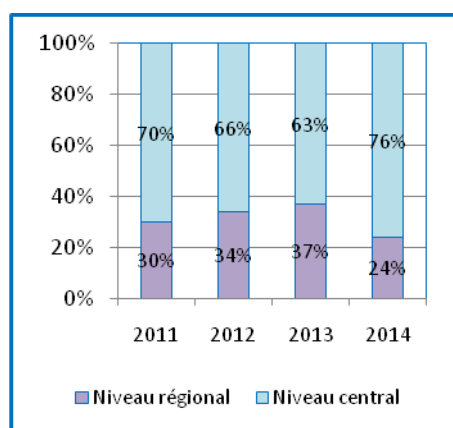
²³2013 – Cabinet du premier Ministre/ Primature : Programme d'Action du Gouvernement 2013-2018

inclut plusieurs interventions prioritaires dans ce domaine. Ci-dessous, la situation actuelle est décrite par rapport à plusieurs déterminants de la santé qui sont pertinents pour leur prise en compte dans le PRODESS-III, y compris la situation des services socio-sanitaires.

2.3.1 Pauvreté et santé

Le secteur santé fait partie du secteur social dans le cadre de la lutte contre la pauvreté au Mali. Dans le cadre des mesures initiées en faveur des zones de pauvreté, il a été retenu d'affecter au moins 60% des ressources au niveau déconcentré (zones où vivent la majorité de la population) et au profit prioritairement des plus pauvres²⁴.

Figure 4. Part du financement de la santé au niveau régional



Depuis les quatre dernières années, l'allocation de financement au niveau des régions tourne autour du tiers des financements totaux²⁵. En 2014, si on se réfère aux Plans Opérationnels, le quart seulement du budget serait affecté au niveau régional. Par ailleurs, on constate qu'il y a iniquité dans la répartition du financement. Au niveau des régions, la répartition des dépenses totales en santé par tête s'effectue en faveur des régions non pauvres. Les régions appartenant à la zone la plus pauvre ne reçoivent que 17% du financement perçu par celles appartenant à la région dite intermédiaire²⁶. Cette situation s'améliore en prenant en compte les dépenses effectuées au niveau central pour le bénéfice des régions.

Source : DFM - Budget exécuté 2011-2013 et Plans Opérationnels 2014

Cette iniquité de répartition accentue les problèmes d'accès pour la population pauvre par le manque en matière d'offre de soins²⁷ qui vient aggraver une barrière géographique à laquelle s'ajoute la barrière financière à l'accès aux soins des plus pauvres. Au fil des années, les contributions étatiques ainsi que celles des partenaires étrangers ont connu une augmentation en valeur absolue mais les ménages restent la première source de financement de la santé. Il existe également des disparités en matière d'état de santé en relation avec les conditions socioéconomiques des ménages.

La disparité des états et des indicateurs de santé est plus importante entre les personnes appartenant aux quintiles de bien être extrêmes. L'annexe 5 en donne des exemples concrets.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS III orientera ses efforts sur les zones de pauvreté et la satisfaction des besoins des pauvres.

²⁴ 2011 – Gouvernement du Mali : Cadre Stratégique pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2012-2017.

²⁵ Bien entendu, une partie des besoins des régions est prise en compte au niveau central notamment les vaccins, les marchés importants d'équipements qui sont groupés pour les économies d'échelle

²⁶ DFM - Budget exécuté 2011-2013 et Plans Opérationnels 2014

²⁷ 2006 - EDSM- Comptes Nationaux de Santé

2.3.2 Hygiène Publique et Salubrité

L'environnement est un des principaux déterminants de la santé. En effet, la détérioration de la qualité de l'environnement couplée à des comportements et pratiques d'hygiène inappropriés est à l'origine de certaines maladies telles que les diarrhées, le choléra, les affections broncho-pulmonaires et les intoxications. Le mandat du MSHP est de protéger la santé de la population contre les risques liés à l'environnement, aux aliments, au milieu de travail et aux comportements et pratiques néfastes qui leur sont associés.

Au Mali, il existe des problèmes d'hygiène publique et de salubrité, qui se résument comme suit :

(i) Hygiène de l'eau de boisson à domicile : Il y a lieu de souligner qu'au Mali les conditions d'hygiène sont précaires, elles sont caractérisées par un faible taux d'accès à l'eau potable et un déficit d'assainissement.

Selon l'EDS-V (2012-2013), 66% de la population utilisent de l'eau provenant d'une source améliorée. Cette proportion présente cependant de fortes disparités puisque seulement 59% des habitants du milieu rural contre 93 % en urbain ont accès à cette source améliorée. L'eau provient essentiellement de puits à pompe ou forage 22%, de puits creusé protégé 18% ou de robinet public ou fontaine 17%.

Selon la même source, 73% de la population n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau à domicile. Les moyens de traitement les plus fréquemment utilisés consistent à ajouter de l'eau de javel 16%, ou le filtrage au moyen d'un linge 13%.

(ii) Elimination sûre des excréta : Les résultats de EDS V (2012-2013) montre que 22% des ménages disposent de toilettes considérée comme améliorée et non partagée.

Cette proportion varie de 41% en milieu urbain à 17% en milieu rural.

(iii) Lavage des mains au savon : parmi les ménages observée au cours de l'enquête EDS (2012-2013) 37% de ménages disposaient d'eau et de savon pour le lavage des mains.

(iv) Hygiène en milieu scolaire : D'une manière générale, plus du tiers des écoles ne dispose pas de latrines fonctionnelles. Par rapport aux latrines séparées pour les filles, la proportion est extrêmement faible notamment dans les régions de Sikasso (8%), Kayes (10%), Koulikoro (11%) et le district de Bamako (12%). Ceci peut être une cause de sous fréquentation des filles à l'école.

Par rapport au ratio élèves/cabine de latrines, une étude menée par la Direction Nationale de la Santé²⁸ (DNS) avec l'appui de l'UNICEF dans 68 écoles des régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti et Gao a donné les résultats ci-dessous :

- Zones couvertes par un programme d'éducation à l'hygiène : (i) un ratio global de 101 élèves par cabine; (ii) un ratio différencié selon le genre de 108 filles par cabine et 96 garçons par cabine.
- Zones non couvertes par un programme d'éducation à l'hygiène : (i) un ratio global de 96 élèves par cabine; (ii) un ratio différencié selon le genre de 64 filles par cabine et 153 garçons par cabine.

²⁸2008, DNS/DHSP, Evaluation du Programme d'Education à l'Hygiène en milieu scolaire.

On constate un faible écart de ratio global entre les zones couvertes et les zones non couvertes. Par contre l'écart de ratio différencié selon le genre est élevé pour les filles dans les zones non couvertes.

Dans l'ensemble, le constat est que ces ratios de façon globale et par genre sont loin des normes établies par l'OMS (une latrine pour environ 100 élèves, soit une latrine pour 45 filles et une latrine pour 55 garçons). L'utilisation d'urinoirs pour les garçons pourrait être envisagée si l'école dispose d'une eau courante et d'un contrôle de gestion de cette dernière pour éviter le gaspillage et un surcoût financier. Hormis le district de Bamako, presque une école sur deux ne dispose pas de point d'eau potable. La région de Mopti est particulièrement touchée où à peine 29% des écoles ont un point d'eau.

(v) Sécurité sanitaire des aliments y compris l'hygiène de la restauration collective : Les conditions précaires d'hygiène et de salubrité des établissements de restauration collective et des points de vente d'aliments sur la voie publique sont préoccupantes du fait de l'inobservance des mesures élémentaires d'hygiène lors de la préparation, la conservation et la vente de ces aliments. Le conditionnement et le transport ne respectent souvent pas les normes d'hygiène et de sécurité. Les inspections sanitaires périodiques dans les établissements de restauration publique et les points de vente sur la voie publique ont mis à jour des conditions d'hygiène et de salubrité non satisfaisantes.

Les résultats des enquêtes réalisées en 2012 par la Direction Nationale de la Santé en collaboration avec l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) et la Direction Nationale des Services Vétérinaires (DNSV), portant sur le District de Bamako et le District Sanitaire (DS) de Kati montrent que tous les types d'établissements et de points de vente d'aliments ont un environnement inapproprié.

Seulement 44% des hôtels et 19% des restaurants ont un environnement satisfaisant. Tous les autres centres de restauration ont moins de 6% d'environnement satisfaisant. Au niveau de la conception, les locaux des gargotes, des cafés, des pâtisseries et des points de vente, sont inacceptables entre 72% et 94% des cas. Les hôtels et restaurants relevant du domaine de classification et de gestion de l'Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie (OMATHO) n'échappent pas à la règle. Les restaurants, dans 29% des cas ont des locaux inacceptables. Il en est de même pour 11% des hôtels. Les enquêtes font ressortir cependant que 39% des hôtels et 10% des restaurants ont une conception satisfaisante. De façon générale, les centres de restauration ont des locaux très mal aménagés.²⁹

On note aussi que 78% des centres de restauration ne disposent pas de matériels et d'équipement appropriés pour leur activité. Le personnel est recruté majoritairement sur le tas par les promoteurs et ne bénéficie pas de formation appropriée. Le personnel en charge du contrôle manque de moyens pour faire face à la lourde tâche qu'est la sienne. Les textes en vigueur sont insuffisants et méconnus du personnel chargé du contrôle. Ces insuffisances ont une répercussion certaine sur la santé des consommateurs.

(vi) Prévention et contrôle des infections associées aux soins (IAS): Les conditions d'hygiène et de salubrité sont telles dans nos structures sanitaires qu'elles n'excluent pas le risque de transmission d'infections liées aux soins. La propagation des infections en milieu de soins est favorisée par les comportements et pratiques d'hygiène inappropriés du personnel soignant

²⁹ 2012 Direction Nationale de la Santé en collaboration avec l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) et la Direction Nationale des Services Vétérinaires

et des accompagnants des malades et les conditions d'hygiène et d'assainissement précaires caractérisées par l'insuffisance de l'accès à l'eau potable et aux installations et équipement de traitement des déchets biomédicaux. Le Mali dispose pourtant d'un Plan stratégique national de prévention et de contrôle des infections associées aux soins.

(vii) Gestion des déchets biomédicaux : malgré les efforts consentis en matière de formation du personnel soignant, et de dotation en matériels et équipements de collecte, d'entreposage et de traitement des déchets biomédicaux, des problèmes persistent. Ils portent essentiellement sur l'appropriation du système de gestion des déchets biomédicaux et d'adoption des comportements et pratiques appropriés. Le plan national de gestion des déchets issus des activités de soins a été réactualisé en 2011.

(viii) Prévention des intoxications liées aux produits chimiques : Le Mali, à l'instar des autres pays en développement, ne dispose pas de données fiables sur les cas d'intoxications liées aux produits chimiques en raison de l'absence d'un système de surveillance ou de notification. Une étude menée par la Direction Nationale de la Santé (DNS) en 2005 sur l'incidence des intoxications liées aux produits chimiques a donné les résultats suivants : Un accroissement des cas d'intoxication avec des taux variant de 0,26% de 2005 à 2006 et 0,31% de 2006 à 2007. Une exposition plus accrue des travailleurs agricoles avec un taux de 30%; Un niveau d'exposition presque équivalent entre les enfants et les autres tranches d'âge respectivement 0-15 ans (33 %) et 16-30 ans (38%); Le mode de survenue accidentelle est le plus élevé (61%); Les pesticides constituent le toxique le plus incriminé (34%). A l'issue de cette étude, il a été élaboré un Plan de prévention des intoxications liées aux produits chimiques.

(ix) Hygiène et sécurité en milieu de travail : les accidents et expositions aux facteurs de risque (températures, vibrations, particules de poussières, bruits, fumées, rayonnements, etc.) sont fréquents mais sont rarement notifiés en tant que tels par le système d'information sanitaire; il en est de même des maladies professionnelles. Très peu d'études et d'enquêtes ont été menées en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail.

(x) Impact du changement climatique sur la santé : il constitue une menace émergente. Au Mali le climat est caractérisé par une grande variabilité inter annuelle et intra-saisonnière de la pluviométrie. Le régime pluviométrique est très affecté par la variabilité et les changements climatiques (l'isohyète 1200 mm n'existe plus sur la carte du Mali). Le Programme National d'Adaptation aux effets néfastes des changements climatiques (PANA) a identifié douze (12) secteurs à risque climatique et la matrice de sensibilité a classé les secteurs de l'agriculture et de la santé en première position en termes de vulnérabilité aux changements climatiques.

(xi) Capacités d'intervention des structures chargées de l'hygiène, de la sécurité sanitaire des aliments et de la santé environnementale : Il existe des difficultés et contraintes liées aux ressources humaines, au cadre législatif et réglementaire et ressources matérielles et financières qui entravent la mise en œuvre des activités de la santé.

Opportunités pour le PRODESS-III :

L'hygiène publique et la salubrité s'inscrivent dans la mission assignée au MSHP comme stratégie importante pour améliorer la prévention des maladies transmissibles et/ou liées aux facteurs de l'environnement. La situation de l'hygiène publique et de la salubrité ci-dessus décrite nécessite des interventions cohérentes et bien structurées étalées sur la période quinquennale du PRODESS-III. A cet effet, le PRODESS-III inclura des interventions qui porteront sur :

- La promotion des pratiques d'hygiène à grands impacts;
- La promotion des pratiques essentielles pour des aliments plus sûrs;
- L'amélioration de l'hygiène de l'habitat et des établissements classés;
- La prévention et le contrôle des infections associées aux soins;
- La prévention des intoxications liées aux produits chimiques;
- La promotion de l'hygiène hospitalière; et,
- La prévention/atténuation des effets néfastes du changement climatique sur la santé.

2.3.3 Santé mentale, comportements et styles de vie sains.

La politique sectorielle de santé et de population se réfère i aux orientations de l'OMS qui définissent la Santé comme « Un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité ».

L'évaluation de l'état de santé d'une personne, tout comme l'analyse des effets d'une thérapeutique ne doivent pas être basées uniquement sur les paramètres physiologiques et biologiques mais aussi sur une mesure du bien-être et de la qualité de vie.

Les documents de politiques et programmes sectoriels font peu de place à la composante Santé Mentale qui est un des éléments essentiels constituant la Santé globale.

La Santé Mentale est une situation d'équilibre de la personnalité envisagée sur les plans biologique, psychosocial, spirituel, culturel et environnemental. Elle ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux manifeste ou autres handicaps mentaux.

Les domaines d'intervention concernent les troubles mentaux, neurologiques, psychosociaux et les problèmes liés aux réfugiés, aux migrants, aux victimes de catastrophes et aux enfants victimes d'abus et de maltraitance.

Au Mali, la Santé Mentale est désormais une préoccupation majeure.

En effet, les enquêtes partielles réalisées, permettent d'avancer les prévalences suivantes³⁰ selon la Thèse de doctorat médecine-Kamaté/1994 :

- Les troubles psychotiques aigus : 1% ;
- Les troubles psychotiques chroniques : 1,77% ;
- Les troubles antidépressifs : 22,9% ;
- Les abus d'alcool et de drogue : 1%.
- Les épilepsies : 1,24% ;

Une étude réalisée par l'AMALDEME en 2007 révèle un taux de déficiences mentales de l'ordre de 14,6%,

En 2007, sur 2 680 demandes de soins psychiatriques au CHU du Point G, les troubles psychotiques chroniques représentent 78,80%.

³⁰Données récentes non disponibles sur la santé mentale au Mali

Il faut noter que le Mali ne dispose pas d'hôpital psychiatrique. Il n'existe qu'un seul service de psychiatrie au sein du CHU du Point G.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS III mettra l'accent sur la prévention et la prise en charge des problèmes de santé mentale à travers : (i) l'intégration de la santé mentale, dans les programmes de santé notamment en ce qui concerne l'organisation, la législation et le financement ; (ii) le renforcement des prestations de soins de santé mentale y compris ceux assurés par des non spécialistes ; et (iii) le développement de la psychiatrie communautaire en complément de la psychiatrie hospitalière.

2.3.4 Protection sociale

Selon les résultats du RGPH 2009, la population malienne a été estimée à 14528662 habitants dont 11253935 vivent en milieu rural, soit 77,46%. Les personnes ayant un âge compris entre 0 et 14 étaient au nombre de 7.208.881, représentant ainsi 49,61% de la population totale. A l'occasion du même recensement, le taux de croissance naturelle de la population malienne avait été établi à 3,6%. Ainsi, toutes choses étant par ailleurs égales, la population du Mali devrait atteindre en 2013 16.736.500 habitants.

Nonobstant la non-disponibilité d'indicateurs sur la pauvreté en 2013, la population malienne est en général très pauvre; sa proportion définie comme pauvre était de 55,6% en 2001. En 2006, elle passa à 47,4% soit une réduction de 8,2 point³¹. Elle a été estimée à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165.431 CFA la même année³².

De manière structurelle, la pauvreté affecte surtout le milieu rural; en effet 91% des pauvres vivent en milieu rural³³.

Le défi à relever au Mali dans le domaine de la protection sociale est immense s'agit d'assurer une protection sociale équitable à l'ensemble de la population et surtout de permettre aux plus démunis d'avoir accès aux services sociaux de base.

Le Mali, a affirmé sa volonté de s'atteler à la réalisation de cette fonction. En effet, la protection sociale est un droit inscrit dans sa Constitution qui stipule en son article 17 que : « L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé, et la protection sociale constituent des droits reconnus ». ³⁴ La politique nationale de protection sociale, élaborée sur la base des recommandations des « Assises de Ségou » sur le développement social, a été adoptée en 2002 par le Gouvernement. Elle est mise en œuvre à travers les « Plans d'Actions Nationaux d'Extension de la Protection Sociale », dont le second, couvrant la période 2011-2015, est en cours d'exécution.

La protection sociale relève du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (MSAHRN) qui en fixe les orientations. La Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPPSES), créée par l'ordonnance n° 00-063 P-

³¹ Ministère de l'Economie et des Finances, Note de présentation du rapport de la revue 2010 du CSCRP, p.2.

³² Ibidem

³³ Ibidem

³⁴ Loi fondamentale du 25 février 1992.

RM du 29 septembre 2000 est le service central chargé de l'élaboration des éléments de la politique, de sa coordination et du contrôle des organismes publics et mutualistes qui contribuent à sa mise en œuvre.

La déclaration de politique nationale de protection sociale, qui est le cadre de référence de toutes les interventions en matière de protection sociale, a comme objectif général : « construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et en particulier des groupes défavorisés ». Les dispositifs qui existent pour ce faire sont aujourd'hui nombreux et se présentent ainsi qu'il suit :

La *Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)* gère le régime des pensions, pour trois groupes cibles : les fonctionnaires civils, les militaires et les députés. Le régime d'invalidité vient en sus pour les militaires. La CMSS, pour ces prestations, perçoit des cotisations à raison de 4% pour les fonctionnaires et militaires et 8% pour les parlementaires et le double (8% et 16%) pour l'employeur.

L'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) exécute le Code de Prévoyance Sociale du Mali, qui a prévu quatre régimes: (i) Le régime des prestations familiales; (ii) le régime de la réparation et de la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles; (iii) le régime d'assurance vieillesse, invalidité et décès; et, (iv) Le régime de protection contre la maladie, qui devrait disparaître avec l'avènement de l'AMO. L'INPS finance les régimes cités à partir des cotisations des travailleurs et des employeurs à raison de : 8% pour les prestations familiales, 1% à 4% pour les accidents du travail et maladies professionnelles, 7% pour l'assurance vieillesse (dont 3,6% par le travailleur), 2% pour l'invalidité et 2% pour le décès. En 2012 l'INPS a réalisé 61,55 milliards de Francs CFA de recettes et effectué 41,76 milliards de dépenses pour les prestations.

La *Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)* a été mise en place pour gérer l'assurance maladie obligatoire (AMO) instaurée en 2009 pour l'ensemble des groupes cibles déjà couverts par l'INPS et la CMSS. Dans ce régime, ceux-ci jouent le rôle d'organismes gestionnaires délégués (ODG) de l'AMO à travers : le recouvrement des cotisations, la préimmatriculation des assujettis, la réception, la liquidation des feuilles de soins et le paiement des prestataires conventionnés. L'AMO est financée par les cotisations assises sur les salaires à raison de 3,06% pour les assujettis, 4,48% pour l'Etat ou la Collectivité employeur, 3,5% pour l'employeur privé.

Les investissements réalisés pour le démarrage de l'AMO ont été entièrement financés par le budget de l'Etat. A partir de 2011, année de démarrage effectif des prestations, le régime a commencé à se prendre en charge essentiellement à partir des recettes techniques. Cette année-là sur une prévision totale de 30,53 milliards de Francs CFA dont 0,645 milliards étaient attendus comme subvention de l'Etat, il a été mobilisé seulement 16,83 milliards avec un recouvrement de 100% de la contribution attendue de l'Etat.

En 2012 les recettes effectives ont été de 12,12 milliards de Francs CFA, avec une contribution moindre de l'Etat de l'ordre 0,062 milliards. Les projections budgétaires de 2014 à 2018 montrent qu'aucune subvention n'est attendue de l'Etat à partir de 2015, ce qui est le signe de l'amorce d'une autonomie totale.

En fin 2012 l'AMO couvrait 3,26%³⁵ du nombre d'adhérents attendus selon les projections des études initiales de faisabilité. A la même période, elle a permis 127.714³⁶ contacts avec une structure de soins de santé, soit 1,9 contacts par an par personne contre une moyenne de 0,34 au niveau national.

Dans un esprit d'équité, le *Régime d'Assistance Médicale (RAMED)*, géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) a été institué également en 2009 pour permettre aux indigents d'avoir accès aux soins de santé. Ce groupe cible était estimé au moment des études (2005-2006) à 5% de la population (scénario faible). Les ressources envisagées pour financer ce régime sont attendues de l'Etat (65%) et des collectivités (35%).

La mutualité est le premier dispositif que l'Etat a soutenu au Mali pour offrir des prestations de protection sociale. Depuis 2011, l'Etat accorde une subvention pour le développement de la mutualité de santé, dont le montant pour l'année 2014 est de FCFA 390 000 000³⁷. Les mutuelles, en pleine phase de restructuration, étaient au nombre de 172 en 2012, dont 8 exclusivement dans le domaine des prestations de retraite/décès. Sur une population totale estimée à 16 318 000 en 2012, la couverture des mutuelles était de 3,75% (toutes prestations confondues) ou 3,13% (prestations santé). La population sensée être couverte par des mutuelles ayant été estimée à 12 728 040 en 2012, elle a été couverte à 4,81% (toutes prestations) et 4,1% (prestations de santé). La même année, le nombre total des bénéficiaires était de 249 948 dont 142 957 hommes et 106 991 femmes. Sur cet effectif, 49 109 dont 29540 femmes et 19569 hommes ont bénéficié de prestations pour un montant global versé de FCFA 429 482 465. Ensemble les mutuelles ont recouvré F CFA 414 820 528 de cotisation sur 662 811 036 attendus³⁸. Créée au milieu des années 90, l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) joue un rôle important dans le développement des mutuelles de santé. En effet tout en gérant au profit de plusieurs mutuelles un produit dénommé Assurance Maladie Volontaire (AMV), elle apporte une expertise considérable en matière de mutualité.

Dans le domaine spécifique de l'accès aux soins, il existe également plusieurs mesures de gratuités ou d'exemptions partielles, basées sur des textes ou non.

Plus récemment, la stratégie émergente des « filets sociaux de sécurité », instrument novateur de lutte contre la pauvreté et de renforcement de la résilience des populations, s'est avérée comme potentiellement utile pour les politiques et programmes de protection sociale au Mali. Ainsi, une large place a été réservée à ce sujet dans le Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale, 2011-2015. Ledit plan prévoyait la mise en place d'un programme de filets sociaux de sécurité axé principalement sur 2 composantes : (i) le renforcement des transferts monétaires par un programme public (II) le renforcement des travaux à haute intensité de main d'œuvre. Le partenariat de la Banque Mondiale était acquis pour la conception et la mise en œuvre de cette initiative.

L'intérêt de l'Etat pour les programmes de filets sociaux a été surtout justifié par les pratiques similaires réussies, initiées par plusieurs acteurs non étatiques à des échelles plus

³⁵ CANAM, Collecte des données, janvier 2014, page 6

³⁶ Ibidem, page 7

³⁷ Ministère de l'Economie et des Finance, Loi des finances 2014

³⁸ DNPSES, base de données 2012 sur les mutuelles, page 1

réduites (Bourses Maman de l'UNICEF, Food for Works du PAM, transfert monétaire d'OXFAM).

La crise que le Mali a traversé en 2012 constitua un frein essentiel à la mise en œuvre en général du plan d'actions 2011-2015. Elle l'a été davantage pour le programme de filets sociaux de sécurité dont le financement était attendu essentiellement de la Banque Mondiale.

Le projet dénommé « Jigisèmèyiri » » (arbre de l'espoir en bamanankan) a pour objectif de mettre en place des transferts monétaires ciblés aux ménages chroniquement pauvres et souffrant d'insécurité alimentaire et d'établir les piliers d'un système national de filets sociaux au Mali.

Le PRODESS III devra nous permettre de capitaliser les expériences en cours et de prendre des mesures pour améliorer l'efficacité et l'efficience des filets sociaux de sécurité, notamment à travers : (i) l'amélioration et la dynamisation du cadre de concertation, (ii) la mise en place d'un système d'information commun relatif aux bénéficiaires et aux initiateurs, (iii) l'harmonisation des pratiques.

Malgré les acquis et la volonté politique affichée par les autorités, pour aller à une couverture maximale des populations en matière de protection sociale, plusieurs difficultés entravent l'efficacité et l'efficience du dispositif en place.

Les régimes de retraite de la CMSS et de l'INPS sont tous déficitaires selon des études actuarielles réalisées en 2006 et 2010; ce déficit pourrait atteindre par caisse 1% du PIB à l'horizon 2015, si aucune mesure corrective n'est prise³⁹. En 2008 et 2009 l'Etat a, respectivement, versé des subventions de FCFA 21,13 et 22,53 milliards⁴⁰ pour couvrir le déficit de la CMSS. Une autre difficulté est l'absence du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le dispositif de la CMSS.

En ce qui concerne l'assurance maladie, de prime abord, certaines difficultés ont sérieusement affecté le rythme de progression de l'AMO. Il s'agit notamment des frondes de contestation organisées par certains partenaires sociaux, ce qui a amené le conseil des ministres à faire un communiqué autorisant le retrait du dispositif des assujettis qui le souhaitent. Pour ce faire, des instructions ont été faites à la CANAM et aux OGD d'accepter les demandes de retrait formulées dans ce sens et le remboursement des contributions qui leur avaient été prélevées. Une telle mesure introduisit un certain « caractère facultatif dans un produit qui est obligatoire. L'une des conséquences de cette mesure a été les interprétations différentes faites autour de l'obligation des employeurs du secteur privé de s'acquitter des cotisations dues pour leurs employés s'étant retirés du dispositif : pour la majorité d'entre eux, cette obligation cessait avec le retrait de leurs employés.

Quand au RAMED, depuis son démarrage, il n'a pas encore pu bénéficier d'un apport des collectivités pour diverses raisons. Les personnes, jusque-là couvertes, soit 1.526 (0,2%) de

³⁹ Mali, Lettre d'intention, Mémoire de politique économique et financière et protocole d'accord technique, 2013, page 21.

⁴⁰ MAHSPA, ODHD, Rapport National sur le Développement Humain Durable, 2012, tableau 22, page 86.

l'effectif attendu, l'ont été essentiellement sur la contribution de l'Etat. En 2011 et 2012, l'Etat a respectivement apporté au financement du RAMED, 1,04 et 1,09 milliards de Francs CFA.

Par ailleurs, la cohabitation de dispositifs multiples de gratuité et d'exemption avec ceux de l'AMO, du RAMED et de la Mutualité de Santé pose des problèmes d'efficacité et d'efficience économique de l'accès aux soins des populations.

En novembre 2012, conscient de cette problématique, le Ministère en charge de la protection sociale a commandité une étude sur « la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'Etat » d'autre part. Ladite étude, financée par l'OMS à travers le Consortium P4H (*Providing for Health*), a approfondi le diagnostic de cette situation en faisant les constats ci-après:

- Des dispositifs de gratuité liés à des services existent qui jouent au moins partiellement leur rôle : antipaludéens, ARV, césarienne, vaccination, tuberculose et lèpre, prise en charge des malnutris;
- De nombreux dispositifs de gratuité aux personnes existent, dont l'application est douteuse. Leurs dispositions légales posent aussi des problèmes qui ne sont ni transparentes ni compatibles avec la politique de couverture universelle et ses provisions légales spécifiques;
- La politique nationale en matière des mutuelles est claire. Les mutuelles s'y voient confiées un rôle pour le secteur informel non pauvre et pour des garanties complémentaires aux régimes d'assurance obligatoire. La couverture est au contraire très faible;
- L'AMO connaît des difficultés de démarrage ; par contre le RAMED rencontre des problèmes de fond, de l'ordre de sa conception (institutionnel / organisationnel) et financier; et,
- La fragmentation du système de financement de la santé est extrême. Le phénomène ne fait que commencer car il précède même la légitimité d'action et de résultats⁴¹.

Suite à ces constats, l'étude a fait les recommandations suivantes pour une meilleure intégration et une harmonisation des dispositifs existants :

- Mettre en place une vision commune à terme (10 ans);
- Rafraîchir les provisions légales avec notamment l'abrogation au maximum des dispositifs d'exemption dédiées à des catégories de personnes particulières;
- Poursuivre les chantiers interministériels pour : l'accréditation; le transfert des tiers-payant (remboursement césarienne) au MSAHRN au moins pour les affiliés des régimes spéciaux; la prise en charge des déplacés par le MSAHRN dans le cadre d'un système de tiers-payant;
- Créer une instance de régulation et, peu à peu, de gestion unique de l'assurance maladie;

⁴¹ MAHSPA, Etude de la faisabilité de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance Mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'Etat, 2012, page 7.

- Améliorer techniquement le RAMED et l'AMO; rapprocher les deux organismes de gestion CANAM et ANAM par des synergies et fusions fonctionnelles; et,
- Associer les mutuelles aux 4eme et 5eme points ci-dessus mentionnés.

En 2013, l'élaboration d'un document de politique nationale de financement de la santé pour la couverture maladie universelle a été réalisée sous l'égide des trois départements du secteur. La vision de la politique nationale de financement de la santé pour la couverture maladie universelle intègre les recommandations de l'étude sur la faisabilité de l'établissement de passerelles entre les différents dispositifs. Il s'agira de : (i) améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle; (ii) garantir une meilleure allocation des ressources; (iii) mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet; et, (iv) améliorer la gouvernance financière.

La protection sociale est un aspect important de l'OS-9 du PDDSS (2014-2023), dédié au financement de la santé. Elle contribuera spécifiquement à l'atteinte du RS 9.4. Son développement devrait permettre d'augmenter la demande de services de santé par les populations à travers : (i) un soutien direct à l'augmentation de la demande à travers les dispositifs assurantiels de santé; (ii) un soutien potentiel à la consommation de services de santé à travers le versement d'indemnités diverses à des moments cruciaux de la vie.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS III s'emploiera à :

1 rendre le dispositif de protection sociale plus performant à travers : (i) la mise en place un dispositif de couverture maladie universelle; (ii) le renforcement des dispositifs de couverture maladie existant pour une meilleure évolution vers la CMU; (iii) l'extension des champs d'application matériel et personnel de la sécurité sociale; (iv) l'extension ou mise à échelle de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé; (v) l'évaluation et le suivi régulier de la mise en œuvre du PAN-EPS 2011-2015; (vi) le suivi régulier de la gestion des institution de sécurité sociale.

2 Capitaliser les expériences en cours et de prendre des mesures pour améliorer l'efficacité et l'efficience des filets sociaux de sécurité

2.3.5 L'économie sociale et solidaire

Plus de 70% de la population malienne vit en milieu rural avec, comme activité principale, les métiers de l'agriculture (agriculture, élevage, pêche,...). Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'une activité professionnelle informelle et exercée de manière traditionnelle.

Dans les villes, les activités informelles de métiers et services qui foisonnent sont également le plus souvent l'œuvre de populations en provenance des zones rurales à la recherche d'un mieux-être hypothétique.

Le plus souvent, les revenus tirés de ces activités économiques permettent de couvrir difficilement les besoins de leurs acteurs qui se retrouvent ainsi dans le lot des plus pauvres.

L'économie sociale et solidaire, à travers ses diverses formes d'organisation, constitue une alternative face à cette situation, en permettant une meilleure organisation face à la production, à la consommation et à la commercialisation. L'apport de l'ESS à l'économie

nationale, et au revenu des populations du secteur rural et informel est indéniable même s'il reste à documenter de manière plus formelle. En effet, en 2008, une enquête légère⁴² sur la base de certains critères (emplois créés, chiffre d'affaire) la DNPSES a pu identifier 2763 sociétés coopératives fonctionnelles⁴³ avec 741 000 adhérents, dont 30% de femmes, un chiffre d'affaire cumulé de plus de 12 milliards de Francs CFA et près de 2000 emplois créés. En 2012, le nombre des sociétés coopératives a augmenté pour atteindre 23 515 avec un taux de fonctionnalité de 35%. La même année, le taux de fonctionnalité des ASACO a été estimé à 70% contre 65% en 2011.

Les mutuelles, en pleine phase de restructuration, étaient au nombre de 172 en 2012, dont 8 exclusivement dans le domaine des prestations de retraite/décès. Certaines d'entre elles se retrouvent au sein de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM), qui, au-delà de son rôle technique, joue également un rôle de faîtière nationale des mutuelles en l'absence d'une confédération nationale. A sa création elle a signé une convention avec le Ministère qui lui accorde, dans le cadre des subventions aux organismes non publics (C.E : 4-632-50) une subvention annuelle dont le montant est de 154 millions de FCFA en 2014 contre 129 millions FCFA en 2013.

Les organisations de finance solidaire ou les banques de l'ESS jouent également un rôle important au Mali. Au 31 décembre 2009, le pays comptait 125 structures de micro finance autorisées regroupant près de 1050688 sociétaires, dont 40% sont des femmes, desservant ainsi plus de 45% des ménages maliens. Les encours sur leurs dépôts étaient de l'ordre de 7,810 milliards de FCFA, tandis que les encours de crédit et de refinancement totalisaient respectivement 73 500 et 34 567 milliards de FCFA. La même année, les ressources totales de ces institutions étaient de 111 992 milliards FCFA (Rapport annuel 2009 sur l'évolution de la micro finance au Mali, CCS /SFD, Ministère des Finances)⁴⁴.

Toutefois, l'ESS malienne est confrontée à certaines difficultés structurelles Il s'agit de : (i) l'inadaptation des dispositions législatives et règlementaires; (ii) l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel d'appui technique; (iii) le faible suivi-contrôle; (iv) la faiblesse des synergies entre les différentes organisations; (v) la faible capacité entrepreneuriale des promoteurs; (vi) l'absence ou l'insuffisance de mécanisme approprié d'octroi de financement pour soutenir les investissements...

Par ailleurs des initiatives se développent de plus en plus au plan sous régional, pour améliorer les pratiques en matière d'ESS. C'est dans ce cadre que l'Union Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) a adopté le règlement 07/09/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. De même l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA), dont le Mali est membre, a adopté le 15 décembre 2010 à Lomé, l'Acte Uniforme de l'OHADA relatif au Droit des Sociétés Coopératives. Ces deux textes sont actuellement en vigueur et doivent être appliqués par le Mali à l'instar des autres Etats membres. Les stratégies et actions en la matière font partie des priorités du Gouvernement du Mali.

⁴²MSAHRN, Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire, page 8.

⁴³ En 2008, il avait été répertorié 17097 sociétés coopératives sur l'étendue du territoire du Mali.

⁴⁴ MSAHRN, Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire,

A la fois consciente de l'importance capitale de l'ESS dans le bien-être des populations et des difficultés majeures qu'elle rencontre, les autorités ont pris certaines mesures : (i) en septembre 2000, la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) a élaboré un document de politique et de stratégie nationale de promotion des sociétés coopératives dont l'application est restée très timide pour diverses raisons; (ii) la prise de la loi 01-076 du 18 juillet 2001, régissant les sociétés coopératives au Mali a corrigé certaines imperfections de la loi précédente⁴⁵; (iii) de même, la loi 096-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité au Mali a permis de mieux baliser le terrain pour le développement légal des mutuelles.

Par ailleurs, convaincu du rôle que pourrait jouer une société civile bien organisée dans l'essor de l'ESS, Le ministère de tutelle (MSAHRN) a encouragé et soutenu la création du Réseau National d'Appui à la Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire (RENAPESS).

Pour davantage baliser le terrain et rendre la démarche plus cohérente, une politique nationale et un plan d'action de promotion de l'économie sociale et solidaire, ont été élaborés en 2009 dans une démarche partenariale entre la DNPSES, le RENAPESS et le Centre d'Etudes et de Coopération Internationale (CECI) du Canada, sous l'égide du Ministère de tutelle. Ils n'ont pu être adoptés en 2012 à cause de la crise; toutefois, ils ont été revus et validés en 2013 pour prendre en compte l'impact de la crise et les actions y afférentes.

De ce qui précède, il est indéniable que les organisations de l'économie sociale et solidaire peuvent fortement contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations : (i) en étant payeurs et/ou détenteurs de structures de prestation de services de santé (mutuelles, associations de santé communautaire) les organisations de l'ESS soutiennent l'offre et la demande de services; (ii) en étant producteurs, distributeurs et consommateurs de biens et services (sociétés coopératives, associations gestionnaires...), elles contribuent à la création de richesses et de revenus, déterminant essentiel de la propension à consommer des populations.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS-III constituera un tremplin pour l'ESS en adressant la majorité des difficultés évoquées ci-dessus. Le développement de l'ESS permettra en retour l'amélioration de la demande en matière d'utilisation des services de santé.

Les interventions en matière d'ESS auront lieu dans le cadre de l'OS-9 et plus spécifiquement en termes de contribution à l'atteinte du RS9.5. Il s'agira des grandes interventions suivantes : (i) la mise en place d'une loi d'orientation de l'ESS au Mali; (ii) la mise en application du cadre réglementaire de l'UEMOA relatif aux mutuelles sociales; (iii) la mise en application du cadre réglementaire de l'OHADA relatif au droit des sociétés coopératives; (iv) le renforcement des concertations entre organisations de l'ESS; (v) l'exécution des missions régaliennes de suivi contrôle et d'appui technique des organisations de l'ESS; (vi) la connaissance des déterminants de la faible fonctionnalité ou de l'impact social des organisations de l'ESS; (vii) le renforcement des capacités d'intervention du Centre d'Appui aux Mutuelles Associations et Sociétés Coopératives.

⁴⁵ Loi n°63-21/ANRM du 25 janvier 1963 portant statut général de la coopération au Mali.

2.3.6 L'insertion sociale et économique des groupes défavorisés

Au Mali, les groupes défavorisés sont constitués essentiellement par les personnes handicapées, personnes âgées, femmes en situation difficile, enfants en situation difficile, personnes démunies, indigents, grands malades, etc.

La prise en charge de ces groupes défavorisés se trouve au carrefour des missions de plusieurs départements ministériels. Cependant, le département en charge de la solidarité tout en jouant sa partition propre, est appelé à jouer un rôle de veille et de coordination par rapport à la satisfaction de l'ensemble des besoins. Les principaux problèmes auxquels ces groupes défavorisés sont confrontés dans leur existence sont :

- (i) Pour les personnes handicapées : accès à l'appareillage, accès à l'éducation, accès à l'emploi, accès aux loisirs, etc. ;
- (ii) Pour les personnes âgées : accès à la santé, maintien du statut social, maintien du revenu ;
- (iii) Pour les femmes en situation difficile : accès à la santé, accès à l'alimentation, accès à un revenu, etc. ;
- (iv) Pour les personnes démunies ou indigentes : accès à la santé, accès à un revenu, etc. ;
- (v) Pour les enfants en situation difficile : accès à la santé, accès à un foyer, accès à l'éducation, protection contre les abus, etc.

Par rapport à certains besoins, la prise en charge augmente au fil des années, à en croire les statistiques. En effet, Le taux de satisfaction des demandes de prise en charge des appareillages est passé de 25% en 2005 à 63% en 2009 tandis que celui relatif à la prise en charge médicale des personnes démunies est passé de 35% en 2006 à 53% en 2008. Par ailleurs, le nombre de demandes de prise en charge médicale satisfaites chez les personnes âgées est passé de 2.214 en 2005 à 4.883 en 2009⁴⁶. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions sur la base de ces indicateurs, car le dénominateur ayant servi à leur calcul est en réalité le nombre de demandes enregistrées et non le nombre de personnes effectivement dans le besoin. Par ailleurs on constate que la grande majorité des demandes reste encore insatisfaite.

En ce qui concerne l'emploi des personnes handicapées, des mesures discriminatoires positives mise en place au début des années 2000, ont permis de recruter plus de 200 jeunes diplômés handicapés dans la fonction publique. Cette mesure s'est estompée sous le Gouvernement de transition qui a été mis en place après les événements de mars 2012.

La plus grande faiblesse, en matière de prise en charge des groupes vulnérables reste l'absence de statistiques fiables. Ce qui explique les difficultés de collecte de certains indicateurs par manque de base de référence⁴⁷. Dans la plupart des situations de rapportage, les indicateurs relatifs aux personnes handicapées par exemple ne sont pas calculés sur la base du nombre total de personnes handicapées mais plutôt sur le nombre de personnes enregistrés au cours de la période. Autrement dit, le numérateur est le nombre de personnes handicapées prises en charge et le dénominateur le nombre de personnes handicapées ayant sollicité une prise en charge.

⁴⁶ CPS-SDSPF, Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social, Draft1, mai 2001, P 25-26

⁴⁷ Synthèse de l'Audit organisationnel des services de treize départements ministériels, CDI, Nov. 2008

Par ailleurs, en l'absence d'un cadre de coordination efficace, plusieurs informations échappent au système d'information sociale. En effet, plusieurs interventions sont faites par la société civile sans être portées à la connaissance des services techniques étatiques.

En conclusion, l'intégration, l'inclusion et l'autonomisation des groupes de personnes vulnérables et marginalisées dans le processus de développement sont des questions centrales de tout programme socio-sanitaire, à cause de la corrélation qui existe entre l'état de pauvreté et le niveau d'accès aux services sociaux de base.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS III devra innover en mettant beaucoup plus d'accent sur le financement des actions allant dans le sens de l'amélioration des conditions de vie des groupes défavorisés. Il s'agira de mettre en œuvre les grosses interventions suivantes : (i) le renforcement des capacités d'intervention et des conditions de travail des services, (ii) l'amélioration du système d'information social, (iii) le renforcement du financement des interventions en faveur des groupes cibles, (iv) la conception et la mise en œuvre de stratégies idoines de prise en charge, (v) le renforcement de la collaboration dans le domaine de l'insertion des groupes défavorisés.

2.3.7 L'humanitaire

Rappelons que les populations des trois régions du Nord du Mali se relèvent progressivement de la grave crise politico-sécuritaire de mars 2012. Cette crise était à la fois politique, sécuritaire, institutionnelle et humanitaire (voir 2.3.6; crise). La crise a entraîné un départ massif des franges en détresses de la population, contraintes à fuir ou quitter leur foyer, ou leur lieu de résidence habituel. Les populations d'accueil au sud, affaiblies par la crise alimentaire qui existait, devenaient également vulnérables face au mouvement migratoire. Face à la gravité et à l'urgence de la situation, les politiques et stratégies mises en place ont rapidement montré leur limite pour mieux répondre à l'ampleur des événements et à la gestion de leurs conséquences.

En dehors même de la crise survenue au Nord, le Mali est assujéti à des risques écologiques anthropiques et environnementaux importants tels que la sécheresse, la désertification, la déforestation, la dégradation des zones humides, les inondations, l'érosion et la dégradation des sols. Entre autres risques figurent également les maladies, les attaques dues aux insectes nuisibles (en particulier les invasions acridiennes) et les feux de brousse. Selon les estimations du Système d'Alerte Précoce (SAP), les situations les plus graves sont enregistrées dans 111 Communes frappées de plein fouet par la crise alimentaire, avec plus de 4,6 millions d'individus confrontés à l'insécurité alimentaire. Des franges considérables de populations sont également exposées au risque d'insécurité alimentaire. Ces risques touchent une population déjà rendue vulnérable par la pauvreté généralisée.

Les effets, les conséquences humanitaires des catastrophes naturelles et anthropiques sont diverses et comprennent en plus des mouvements de populations, la destruction des biens et des infrastructures socioéconomiques clés, les épidémies faisant suite aux inondations, l'insécurité alimentaire et la malnutrition ainsi que l'affaiblissement des capacités de survie déjà fragiles.

Avec les pluies torrentielles qui se sont abattues sur le Mali en 2013, les inondations ont gravement affecté les habitations, les réserves céréalières, les champs, les routes et les

télécommunications. On dénombre des centaines de milliers d'individus qui se sont retrouvés sans abri. Il s'ensuit que des milliers de ménages vivent sous la menace constante de basculer dans une vulnérabilité grave.

L'action humanitaire qui était jusque-là, un volet de la politique de solidarité et une division au sein de la DNDS au plan institutionnel, exige une modification profonde de son architecture administrative. C'est ainsi, entre autre, que le Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées (MSAHRN) a été créé en lieu et place de celui du Développement social, de la Solidarité et des Personnes Agées. Ce département a entrepris alors l'élaboration d'une Politique Nationale de l'Action Humanitaire⁴⁸ (pas encore adoptée) avec pour objectif global la prévision, la prévention et la gestion globale des catastrophes et des conflits et spécifiquement, entre autres, l'établissement d'un cadre juridique et institutionnel approprié de prévention et d'intervention en cas de situations d'urgence et de catastrophes.

L'action humanitaire, au regard de la convention de Genève, a pour objectif "d'apporter protection et assistance aux victimes d'une situation de conflit armé ou de violence interne", dans le respect des "principes d'humanité, d'impartialité et de neutralité". Ainsi définie, l'action humanitaire se résume au secours d'urgence dont l'objectif était limité à court terme en répondant à un besoin vital immédiat. Dans le souci d'aller au-delà de l'urgence et sous l'influence de la notion de droit de l'homme, le concept d'action humanitaire s'est fortement élargi, pour intégrer tous types d'interventions en situations extrêmes, qu'elles soient d'origine naturelle ou provoquées par l'homme (conflits armés, mais aussi cataclysmes naturels, catastrophes technologiques, pénuries alimentaires, déplacements massifs de populations, questions de santé publique, ...). Il s'agit d'instaurer une société pour tous, où chaque individu, avec ses droits et ses responsabilités a un rôle actif à jouer. L'objectif majeur de la politique d'action humanitaire (en cours de validation) est de faire accéder les populations en détresse aux biens et services nécessaires à leur survie, leur développement et leur insertion sociale, économique et culturelle en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociales en vue d'un développement humain durable.

Compte tenu de la situation actuelle, caractérisée par la crise au Nord, ayant entraîné un déplacement massif des populations, le département compte privilégier l'action humanitaire, tout en continuant la mise en œuvre des autres programmes, liés à ses missions traditionnelles.

Face à la situation humanitaire alarmante des populations restées sur place, de celles déplacées, réfugiées et d'accueil, l'organisation d'une synergie d'action devient un impératif national en vue de mettre ensemble les énergies individuelles et collectives comme réponse efficace pour sauver des vies humaines, soulager des enfants et des femmes, leur donner espoir, le sens et le droit de vivre. Ainsi, la mise en œuvre de l'action humanitaire va permettre de réduire notablement la détresse des personnes déplacées et sans attache en permettant de leur assurer un accueil et une prise en charge adéquate. Elle devra s'organiser avec la participation de la société civile et des partenaires techniques et financiers, les agences internationales sous la coordination du ministère en charge de l'Action Humanitaire.

⁴⁸Projet de Politique Nationale de l'Action Humanitaire au Mali (PNAH), MDSSPA, aout 2012

Dans cette logique d'intervention, la responsabilité institutionnelle de l'Etat s'affirme en premier en tant que catalyseur, facilitateur, coordonnateur et incitateur de toutes les initiatives, stratégies et actions concrètes individuelles et collectives, de l'organisation de la solidarité nationale allant dans le sens de l'amélioration des conditions de vie et la protection des personnes et communautés affectées et au renforcement de l'espace humanitaire et de la coordination de ses interventions.

Le nouveau gouvernement mis en place le 08 septembre 2013, a prévu le MSAHRN auquel a été attribué le volet Humanitaire auparavant détaché au Ministère de l'Economie et des Finances. Ce recentrage sur les Affaires Sociales et Humanitaires met le focus sur la véritable lutte contre les inégalités sociales, la pauvreté et l'exclusion des groupes vulnérables tout en envisageant la dimension Humanitaire non pas comme une réponse uniquement à une situation d'urgence mais plutôt comme un axe essentiel à intégrer dans les politiques et programmes de développement du pays. En effet, le MSAHRN a pour attributions l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale dans les domaines de la protection et de la sécurité sociales, de la solidarité nationale et de l'action humanitaire. A ce titre, il est responsable, entre autres, de la coordination des actions humanitaires constituant des réponses aux conséquences de situations de crise grave. Ceci justifie la création, auprès de lui, de la Commission Interministérielle, chargée de l'Action Humanitaire (CICAH), composée : (i) des représentants des Ministères concernés par l'Action Humanitaire ; (ii) l'ensemble des autres acteurs impliqués dans ce domaine au plus haut niveau ; et, (iii) les agences du système des nations unies à travers différents clusters (protection, santé, nutrition, eau hygiène assainissement, logistique, etc.).

Les problèmes contemporains rencontrés sur le terrain de l'action humanitaire se résument ainsi qui suit :

- L'insuffisance ou l'inadaptation des cadres juridiques et institutionnels pour prévenir et faire face aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le pays;
- L'inadéquation des institutions de prise en charge des situations d'urgence et de réponses aux crises humanitaires;
- La faible coordination et de synergie d'actions entre les intervenants;
- La faible capacité des acteurs sociaux à faire face rapidement aux problèmes humanitaires;
- L'absence de mesures spéciales destinées à protéger les personnes vulnérables, en particulier les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées lors des situations d'urgence;
- La faible utilisation des médias et canaux de communication pour mettre en évidence les questions humanitaires, aux fins de la gestion des situations d'urgence;
- L'insuffisance des capacités nationales de réactions rapides et efficaces aux préoccupations humanitaires;
- L'insuffisance de ressources matérielles et financières pour l'assistance et la protection des personnes et communautés affectées par la situation humanitaire.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS-III, conformément à la politique nationale de l'action humanitaire, portera ces efforts sur la réponse aux vulnérabilités critiques et sur le renforcement de la résilience des populations aux risques. Ceci permettra au Mali de s'attaquer efficacement aux problèmes.

2.3.8 La crise au Mali

La crise au Mali a été, à la fois, sécuritaire par l'occupation des régions du Nord par les groupes armés indépendantistes, les islamistes et autres 'jihadistes' ; et institutionnelle par la chute du régime politique. Elle a engendré de nombreuses conséquences, entre autres, humanitaires, par l'exode massif (interne et externe) des populations du nord. Elle a affecté, voire détruit partiellement et/ou totalement, tous les acquis des programmes et projets de développement, sanitaire et social, dans les zones occupées du nord et mis à rude épreuve les capacités de gestion des structures et institutions des régions limitrophes du nord et par extension celles du niveau national. Le pays, n'étant pas préparé à une telle situation, n'a su ou pu répondre aux attentes des populations sinistrées. En effet, c'est la première fois que le pays connaît une crise de cette nature (islamiste) et d'une grande ampleur structurelle et institutionnelle (coup d'état, occupation de trois régions administratives du nord). Les conséquences immédiates en furent :

- La partition du pays en deux (Sud/Nord);
- La destruction et le pillage des infrastructures et équipements sociaux;
- La destruction des magasins et des stocks de médicaments et matériels de conservation;
- Le repli des agents socio-sanitaires des régions occupées vers les régions du sud;
- Le faible accès de la population restée sur place aux services sociaux de base notamment ceux de la santé, entraînant la dégradation du niveau de santé, malgré la mobilisation de certains acteurs pour continuer à apporter un minimum d'appui;
- Le déplacement massif des populations vers le sud du pays et vers certains pays voisins (Mauritanie, Niger, Burkina Faso, Algérie).

L'offre des services socio-sanitaires a été perturbée à cause du saccage et du pillage des structures de santé dans les régions de Gao, Tombouctou, Kidal et Mopti. Plusieurs structures de santé communautaires ne sont plus fonctionnelles dans ces trois régions du nord (94 % des CSCOM) du fait du départ du personnel de santé (y compris les équipes cadres des districts et régions sanitaires) et du manque d'approvisionnement en médicaments et autres intrants médicaux. Les structures de santé des régions limitrophes des régions du Nord ont subi une forte demande de l'offre des services qu'elles ne pouvaient satisfaire pour insuffisance/manque de ressources humaines, techniques, matérielles. Un nombre important de blessés de guerre et de décès, l'apparition de flambées épidémiques (rougeole, choléra, anthrax, paludisme) due à la promiscuité et la détérioration des conditions d'hygiène et d'assainissement, et le manque d'accès à l'eau potable; de nombreux cas de violation des droits de l'homme et d'exactions, incluant les violences sexuelles.

C'est dire que tous les indicateurs du développement sanitaire et social ont connu un grand recul. Cet état de fait a été amplifié par le retrait, plus ou moins partiel et/ou total de certains PTF. En effet, il est à remarquer que, suite au coup d'Etat du 22 mars 2012, beaucoup de pays et institutions internationales ont suspendu leurs coopérations avec le

Mali. Les coopérations bi et multilatérales qui ont continué l'ont été, mais de façon très réduites, à travers les ONG (internationales/nationales et associations) à cause de leur flexibilité d'intervention et de leur expérience sur le terrain.

Le Gouvernement, en réponse à la crise, avec l'appui de la coopération internationale (néerlandaise, canadienne, ...), de la société civile (associations des ressortissants des régions du nord...), a établi et mis en œuvre divers plans d'actions d'urgence pour prendre en compte les préoccupations des populations sinistrées à tous les niveaux. Les domaines d'intervention immédiats ont été la santé, l'éducation et l'humanitaire portant sur la création de camps de regroupement des populations déplacées, l'amélioration de leurs conditions de vie (nutrition, hygiène...). Avec l'appui de l'OMS, en collaboration avec l'Ordre des Médecins du Mali, des missions médicales et humanitaires ont été organisées à Gao et Tombouctou, pour assurer l'offre des soins de référence par des équipes de spécialistes comprenant entre autres des chirurgiens, des gynécologues, anesthésistes, sages-femmes, etc.

Le Gouvernement, depuis lors, a tiré des leçons de la crise, de sa gestion et de celle de ses conséquences. Elles ont porté sur divers domaines dont celui de la sécurité par la réforme de l'armée, celui du développement sanitaire et social.

En ce qui concerne le volet sanitaire et social, la mise en synergie des trois ministères du secteur pour une prise en charge intégrée de la crise et de ses conséquences a été renforcée au niveau institutionnel et organisationnel à travers l'élaboration d'un plan intérimaire 2013-2014 du secteur santé, Développement social et promotion de la famille. Il a été également, suscité la création et le renforcement d'un partenariat opérationnel avec et entre les acteurs de la société civile (ONG, associations...) qui s'est organisée, de manière décentralisée, à travers des cadres de concertation (PTF, CLUSTER Santé...) conformément aux structures nationales et démembrements pour travailler à la base. Le dit partenariat a beaucoup bénéficié des appuis financiers des ambassades (canadienne, des Pays Bas, ...) pour la réalisation de ses projets. C'est le cas du Projet de Relance des Activités de santé Post-crise dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao exécuté par certaines ONG.

Cependant, il est indispensable de bien analyser les causes profondes de la crise actuelle, dont les origines remontent à bien avant 2012. Par exemple, quelles étaient les causes de la baisse de la couverture vaccinale – un 'output' d'un programme de santé traditionnellement très performant - de 48% en 2006, à 39% en 2012⁴⁹ ? Quels en étaient des facteurs liés à l'offre et à la demande des soins ? Quels facteurs de gouvernance et de leadership (voir ci-dessus) ont joué un rôle clé ? Quels facteurs ont influencé la faible motivation de certains agents socio-sanitaires ? Pourquoi est-ce que le progrès de la 'performance' du système socio-sanitaire semble stagner ? Pendant le PRODESS-III, un défi pour les leaders du secteur est de bien analyser ces causes profondes, et d'en tirer des leçons pertinentes.

Opportunités pour le PRODESS

Le PRODESS III devrait s'attacher à tirer de la crise, les leçons pertinentes pour:

- corriger certaines erreurs et faiblesses institutionnelles et organisationnelles ;

⁴⁹EDSM-IV et EDSM-V

- orienter, de manière stratégique, les interventions des trois composantes pour accélérer l'atteinte des objectifs.

2.3.9 Droits et santé; femmes et enfants; genre

Position et rôle de la femme et de l'enfant

La PNG vise à éliminer les disparités et les inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. De manière générale, il est important de rappeler que les femmes ne sont pas vulnérables en tant que telles. En revanche, elles peuvent se trouver vulnérables à certains risques particuliers, compte tenu d'un environnement social, culturel, politique, légal et/ou économique en leur défaveur. Les enfants quant à eux sont considérés à juste titre comme une catégorie de personnes vulnérables, en raison de leur développement physiologique et mental, de capacités relatives à leur âge et de leur dépendance des adultes.

Au Mali, le statut et le rôle des femmes et des enfants sont aujourd'hui formés sur une base complexe issue de traditions ancestrales d'une variété de communautés ethniques, croyances religieuses, etc. De manière générale et malgré des progrès récents, il existe aujourd'hui de profondes disparités entre les hommes et les femmes en matière de réalisation des droits⁵⁰

Selon les cadres organiques réglant les dispositions relatives à la provision en personnel et en matériel des différentes entités du Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille (MFEF) au Mali, il apparaît clairement que l'action du Ministère fait face à un problème de ressources et peine à conduire ses actions de manière performante. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne le domaine de la santé.

En particulier, le nombre d'agents nécessaires pour permettre une bonne opérationnalisation de ces structures de terrain est de dix-huit. Après revue, chaque DRPFEE fait état en moyenne de 4 agents manquants aux niveaux de leurs services (voir aussi annexe 7). Cette tendance s'affirme encore davantage au niveau subrégional (local). Ces besoins non couverts en personnel mènent à un manque d'adhérence aux plans nationaux et régionaux, à un manque de visibilité auprès des populations locales, ainsi qu'à de sérieuses difficultés à répondre aux attentes des administrés.

Le nombre d'agents mis à disposition n'est pas le seul défi auquel font face les structures du MPFEF. L'insuffisance de formation et la mobilité du personnel rendent difficile la mise en œuvre des Plans nationaux et régionaux. Ces agents ont également besoin de sessions de recyclage et de renforcement de compétences.

En matière de moyens matériels, ces structures de promotion font face à une profonde insuffisance. En particulier, plusieurs Plans quinquennaux consolidés de développement sanitaires et social régionaux font état d'un besoin de dotation des services régionaux et locaux de matériel roulant, d'ordinateurs, de mobilier et de bureaux.

⁵⁰Les données de 2012 montrent que le Mali occupe le 86e rang sur 86 pays. Cette évaluation repose sur les résultats obtenus à partir d'un index, le Social Institution and Gender Index (SIGI) lancé par le Centre de développement de l'OCDE en 2009 pour mesurer les facteurs sous-jacents de l'inégalité entre les sexes ; Site de l'OCDE, <http://genderindex.org/country/mali>, accédé le 23/03/2014

Il apparaît également que ces différents services soient souvent dépourvus de moyens essentiels pour mener à bien les activités de supervision, de suivi ou encore d'enquête. L'établissement de cadres de concertation avec les services centraux et le suivi des progrès de ces services vers leurs cibles annuelles paraissent être des mesures particulièrement critiques à mettre en œuvre par les Directions Nationales en charge de ces actions.

Il est cependant à noter la création du fonds d'appui à l'autonomisation de la femme et à l'épanouissement de l'enfant. Ce fonds est un compte d'affectation spéciale du trésor, inscrit dans la loi des finances depuis 2012. Le MFEF devra assurer les conditions nécessaires à la mobilisation de ce fonds.

Il ressort enfin de l'analyse des politiques sectorielles des trois départements (MSHP;MSAHRN;MFEF) que les programmes de santé n'intègrent pas systématiquement le genre faute de vision stratégique nationale, de méthodologie et d'expertise. Les raisons invoquées sont les contraintes du devoir d'obéissance inscrit dans le code des personnes et de la famille, mais aussi la répartition par sexe du travail. Par ailleurs, le constat est que, généralement, les femmes ne sont pas ou peu représentées au sein des ASACO. On note également un problème de désagrégation par sexe des ressources humaines, ainsi que des lacunes de prise en compte de l'aspect genre dans la planification au niveau régional⁵¹.

Opportunités pour le PRODESS

Pendant le PRODESS-III, le MFEF devra se manifester davantage comme un département qui assure la promotion du concept 'genre' dans le développement et l'exécution des programmes socio-sanitaires et des programmes dans d'autres secteurs. 'Faire-faire'. De plus, le MFEF veillera à ce que les aspects de 'droits des enfants' soient mieux considérés dans ces programmes.

Santé de la femme et de l'enfant

Selon le PDDSS (2014-2023)⁵², le taux de consultations prénatales était de 75% en 2011 et 57% des accouchements étaient assistés par un professionnel de santé. Les principales causes de la faible utilisation des soins prénataux sont l'inaccessibilité financière, l'ignorance, le manque d'accès aux structures de soins appropriées et, dans une certaine mesure, l'absence d'émulation et d'échange d'expérience entre paires. Selon les plans quinquennaux régionaux consolidés de développement sanitaire et social, il existe également une réelle insuffisance dans le fonctionnement de la référence/évacuation (surtout du village au CSCOM à cause de normes et la méconnaissance des signes de danger par les communautés; voir aussi section sur les services de santé).

Environ 65% de la population malienne a moins de 25 ans, ce qui rend la planification familiale un défi social prioritaire. Le taux de fertilité y est élevé (6,1enfants par femme en 2011) et 19% des jeunes femmes de moins de 15 ans sont déjà mères⁵³. En pratique, un grand nombre de Maliens et de Maliennes désirant utiliser des techniques de planning familial (PF) moderne n'y a pas accès (demande non satisfaite; taux de prévalence

⁵¹ Plans quinquennaux consolidés de développement sanitaires et social régionaux, sources multiples, Janvier 2014

⁵²PDDSS 2014-2023, Version 7 », Janvier 2014

⁵³Site de l'UNFPA, <http://www.unfpa-mali.org>, accédé le 12 février 2014

contraceptive national : 9% en 2010)⁵⁴. Dans de nombreux cas, le manque de sensibilisation favorise la pratique de techniques traditionnelles souvent peu efficaces et parfois néfastes pour la santé (cela est particulièrement vrai en milieu rural)⁵⁵.

La section ci-haut sur l'OMD-1 montre la problématique persistante concernant la malnutrition chronique et aiguë. 14,4 % des nourrissons présentent un faible poids à la naissance. En ce qui concerne les femmes en âge de procréer, le déficit énergétique chronique était de 13,6% en 2006 et 55% des femmes de 15 à 49 ans sont anémiées.⁵⁶ Le manque d'éducation et de sensibilisation, ainsi que les croyances culturelles et traditionnelles inadéquates et les pratiques alimentaires inappropriées expliquent majoritairement ces chiffres.

Opportunités pour le PRODESS

De manière générale, pendant les 5 ans à venir, le PRODESS-III devra s'attacher à répondre aux besoins prioritaires suivants dans le cadre d'un partenariat entre les trois départements concernés :

- Promotion de l'assistance professionnelle aux accouchements, à travers une sensibilisation au niveau communautaire;
- Renforcement du système de référence/évacuation, à travers un dialogue avec les acteurs locaux concernés;
- Renforcement de l'accompagnement des couples en faveur de la PF, en particulier à travers un plaidoyer en faveur d'un meilleur accès aux techniques modernes de contraception; et
- Lutte contre les pratiques nutritionnelles et alimentaires inadéquates.

Pratiques traditionnelles néfastes; violences basées sur le genre

Législation

L'Etat du Mali ne dispose pas à ce jour de loi spécifique réprimant les violences faites aux femmes ou les violences basées sur le genre. Pourtant, il est sans conteste que les femmes et les enfants font l'objet de violences au Mali⁵⁷ Afin de répondre à ces défis et lutter contre ces violences, le Gouvernement malien a pris des engagements aussi bien au plan national qu'international pour lutter contre ces violences.

Au niveau international et régional, il a souscrit à des conventions, notamment la Convention des Nations Unies sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (1985), la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (1990), la Convention et le Plan d'Action de Pékin (1995), la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes (Protocole de Maputo, 2005), la Recommandation 19 sur les Violences à l'égard des Femmes du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (1999), la Déclaration des Nations Unies sur

⁵⁴ Institut National des Statistiques, « Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali : Etat et structure de la population », 2009

⁵⁵ Plans quinquennaux consolidés de développement sanitaires et social régionaux, sources multiples, Janvier 2014

⁵⁶ Cellule de Planification et de Statistiques (CPS), MSHP Enquête Démographique et de Santé du Mali EDSM-V 2012-2013

⁵⁷ cf. section 2.3.6.

l'Élimination de la Violence à l'Égard des Femmes (1993) et la Déclaration Solennelle sur l'égalité entre les Hommes et les Femmes en Afrique (2004).

Le Mali est également signataire de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant de (1998), du Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2002)⁵⁸, du Protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (2005), ou encore de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (2006).

Au niveau national, de nombreux textes existent en rapport avec la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants. Il s'agit notamment de la loi 01-081AN-RM du 24 août 2001 portant sur la minorité pénale et institution de juridictions pour mineurs⁵⁹, la loi 10-050 du 23 décembre 2010 commandant la création de la Cellule Nationale de Lutte contre le Travail des Enfants, l'ordonnance 02-062 du 05 juin 2002 portant Code de Protection de l'Enfant, le décret 96-178/P-RM du 13 juin 1996 fixant les modalités d'application du Code du Travail, la lettre 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé interdisant l'excision en milieu médical, ou encore la loi 02-044 du 24 juin 2002 sur la santé de la reproduction par l'Assemblée Nationale du Mali dont la lutte contre l'excision est une des composantes.

Il faut noter aussi que le rapport Genre fait désormais partie des documents budgétaires votés en même temps chaque année avec la loi des finances par l'Assemblée Nationale. Ce qui constitue un acquis important.

Le Code Pénal malien prévoit des sanctions spécifiques contre les coups et blessures volontaires (articles 207 et 226), la répudiation, la pédophilie, l'abandon de foyer et d'enfant, l'enlèvement de personnes (par fraude, violence ou menaces), la traite, le gage et la servitude de personnes, le trafic d'enfants, le viol (excluant le viol dans le cadre du mariage), l'esclavage sexuel, la prostitution forcée et la grossesse forcée.

Pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage précoce/forcé)

Le taux de prévalence de l'excision au Mali est l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne. Selon l'UNICEF, au moins 80% des jeunes filles de moins de 5 ans subissent cette pratique qui entraîne fréquemment des complications sanitaires⁶⁰. La pratique de l'excision au Mali varie selon les ethnies et les régions. En 2008, elle était par exemple particulièrement importante dans les régions de Kayes (98,3%), de Koulikoro (97,4%), de Sikasso (94,7%) et de Ségou (92,2%), alors que dans la région de Mopti et de Tombouctou, elle est respectivement de 75% et de 44%. Dans les régions de Gao et de Kidal, l'excision ne concerne respectivement que 1,8% et de 0,9% des femmes.⁶¹ Malgré l'action de l'Etat et des ONG, les normes sociales réglant cette pratique demeurent largement tabou et rigide au niveau communautaire. Comme énoncé dans les Plans Régionaux, les causes profondes de l'excision sont de nature à la fois traditionnelle et sociale, ce qui rend une intervention

⁵⁸Ce Protocole complète la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée

⁵⁹Cette loi a été modifiée par la loi 07-016 du 26 février 2007

⁶⁰www.unicef.org, Information by country: Mali, accédé le 12 février 2014

⁶¹ Save the Children et Population Council, « Lutte contre la pratique de l'excision au Mali - De l'approche santé à l'approche basée sur les droits de l'enfant Rapport d'évaluation du programme du centre de Djoliba », 2009

efficace relativement difficile⁶². Quand il s'agit d'une norme sociale ancestrale, la pression sociale contre le changement reste toujours très forte.

Selon EDS-V (2012-2013), la moitié des femmes sont entrées en union avant 18 ans contre 26,2 pour les hommes de 30-49. L'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,00 ans chez les femmes de 25-49 ans et 21,7 chez les hommes de la même tranche. La fréquence de l'activité sexuelle est plus élevée chez les enfants/adolescentes marié(e)s, ce qui mène à un plus grand risque de grossesse. Selon l'OMS, les mort-nés et les décès néonataux sont 50% plus nombreux chez les enfants de mères adolescentes que ceux de femmes âgées de 20 à 29 ans.⁶³ De plus, le risque des complications de la grossesse et de l'accouchement est beaucoup plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Il engendre souvent des cas de fistule ou même de décès en couche.

Violences basées sur le genre

Dans le cadre de la lutte contre les violences basées sur le genre, il est prévu de mettre en place des cliniques juridiques au sein des Directions Régionales de la Promotion de la Femme et de l'Enfant pour la prise en charge psychosociale des femmes battues, des femmes et enfants violées. Ces cliniques sont censées assurer la prise en charge des enfants victimes d'excision et sont tenues par des para-juristes. Les femmes victimes d'excision présentant des complications sur le plan psychologique et social peuvent y recevoir des conseils dans l'optique de minimiser les effets de l'excision dans le temps. Ces femmes peuvent également être reçues par les services locaux de promotion de la femme et de l'enfant et les ONG œuvrant dans ces domaines.

En juillet 2013, l'ONG International Medical Corps a conduit une étude dans cinq zones du DS de Gourma Rharous (région de Tombouctou). Les conclusions de cette étude sont que les violences conjugales, la pratique du mariage précoce/forcé, les viols et agressions sexuelles et la pratique de l'excision féminine demeurent des problèmes extrêmement pressants pour les femmes et les enfants maliens. Le problème de la violence sexuelle est particulièrement accentué dans cette étude et constitue un défi de sécurité des personnes et de santé publique de premier plan. A ce jour, il n'existe pas de structure de prise en charge clinique pour les victimes de ce type de violence au niveau des CSCOM et CSREF du district, le seul service disponible se trouvant à l'hôpital régional de Tombouctou. Les professionnels de santé des CSCOM et CSREF sont largement sous-formés pour pouvoir répondre de manière adéquate à des cas cliniques faisant suite à des viols et autres agressions sexuelles graves. En matière de soutien psycho-social, il n'existe pas de prise en charge particulière assurée par des structures locales ou régionales opérationnelles pour les traumatismes liés aux violences basées sur le genre. Peu ou pas d'information est mise à disposition des victimes ou des communautés concernant l'importance de faire appel à des professionnels socio-sanitaires suite à ce type de violence.

Malgré un manque relatif de données spécifiques concernant cet aspect, il semble que l'insuffisance en matière de prise en charge par les services socio-sanitaires de l'Etat au niveau local et régional mise en lumière par l'Etude De l'ONG « International Medical Corps »

⁶² Plans quinquennaux consolidés de développement sanitaires et social régionaux, sources multiples, Janvier 2014

⁶³ L'Organisation Mondiale de la Santé, « La grossesse chez les adolescentes, Aide-mémoire 364 », dernière mise à jour mai 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/> accédé le 19 janvier 2014.

soit commune à la majorité des régions et des districts sanitaires du Mali. A ce jour selon l'ONU Femme, sur les 10 unités de traitement théoriquement en place au niveau régional dans les régions de Gao, Mopti, Koulikoro et Bamako, seulement 4 sont opérationnelles et un peu plus de 1000 femmes ont pu effectivement bénéficier d'un soutien psychosocial à travers des groupes de discussion. Les causes principales de ces lacunes sont le manque de ressources humaines, matérielles (en particulier la quasi-absence de structure d'accueil durable) et financières.

Selon l'ONU-Femme, les groupes armés ayant pris le contrôle du Nord du pays en Mars 2012 ont commis de fréquentes violences contre les femmes et les enfants. Les combats ont entraîné le déplacement de plus de 412 000 personnes qui ont fui le conflit pour se réfugier dans des lieux plus sûrs : ces migrations entraînant une augmentation de la situation de vulnérabilité des femmes et des enfants. Selon l'étude faite par l'ONU Femmes: « les viols, les violences sexuelles et les mariages forcés étaient devenus légion dans la région. [...] Bien que de nombreuses femmes violées n'aient pas accepté de raconter leur calvaire en raison de la stigmatisation liée à ce type de violence, plus de 50 rescapées de viols ont été interviewées. »⁶⁴

Opportunités pour le PRODESS

De manière générale, pendant les 5 ans à venir, le PRODESS-III devra s'attacher à répondre aux besoins prioritaires suivants:

- Renforcer les capacités opérationnelles des acteurs de terrain;
- Améliorer le cadre juridique national en ce qui concerne la lutte contre les violences basées sur le genre, en particulier l'excision et les mariages précoces; et
- Développer un cadre juridique spécifique à certaines violences basées sur le genre, telles que l'excision féminine.

Rôle et position de la famille

La question de la « famille » est toujours reconnue comme une préoccupation politique au Mali. C'est, ainsi que l'Etat, depuis les premières années de l'accession à la souveraineté nationale, a entrepris des actions en vue de mieux cerner le concept de la famille et d'en assurer le maintien de son équilibre.

⁶⁴<http://www.unwomen.org>, Mali : Aider les rescapées de viols à s'exprimer, accédé le 19 janvier 2014

C'est dans ce contexte que le Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille a engagé un débat national en vue de pouvoir mettre en place une politique cohérente et consensuelle en matière de promotion de la famille. A la date d'aujourd'hui, parmi les actions importantes prises par l'Etat, on peut citer:

- L'adoption de la loi 2011-087/P-RM du 30 décembre 2011 portant Code des personnes et de la Famille;
- Le Décret 314/PG-RM du 26 novembre 1981 portant réglementation de l'obligation et de la fréquentation scolaire;
- Le décret 06-282/P-RM, portant création du Conseil National de la Famille;
- L'organisation d'un forum national sur la famille en 2000;
- L'élaboration et l'adoption d'une politique nationale de promotion de la famille assortie d'un plan d'action pour la période 2002-2006;
- La célébration, chaque année, de la Journée Internationale des familles.

En dépit des efforts consentis par l'Etat et ses partenaires, pour la mise œuvre de ces actions, la promotion de la famille fait face à des défis importants :

Opportunités pour le PRODESS

Pendant le PRODESS-III, le MFEF répondra à certaines priorités, telles que :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de la famille;
- Le renforcement du Conseil national de la famille en matière de droits de l'enfant;
- La vulgarisation de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.
- La mobilisation effective du fonds d'affectation spéciale pour la femme et l'enfant (FAFE). Ce fond a été inscrit à la loi des finances au profit du MFEF mais n'a jamais été mobilisé.

2.4 Système socio-sanitaire

2.4.1 Les services

2.4.1.1 L'offre

2.4.1.1.1 Services de Santé.

Introduction

L'offre des soins et services de santé est ici analysée à travers les éléments suivants :

- Evolution du nombre des formations sanitaires; Couverture géographique en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC);
- Répartition des Ressources Humaines (RH) par profil;
- Qualité des services notamment à travers les indicateurs hospitaliers tels que la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et le taux de mortalité hospitalière;
- Le système de référence.

L'analyse de l'usage des médicaments essentiels génériques (MEG) se trouve dans la section 'intrants' 2.4.2.

Le système de santé du Mali est pyramidal, c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit :

- Le *premier niveau de contact* avec le système de santé est représenté par les CSCOM au nombre de 1134 en 2012⁶⁵. Certains villages des aires de santé des CSCOM disposent de maternités rurales⁶⁶ tenues par des matrones.
- Le *premier niveau de référence* est constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf), soixante un (61) en 2013 généralement 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 Etablissements Publics Hospitaliers (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et l'Hôpital Mère Enfant le Luxembourg), soit sept (7) au total. , (EPH⁶⁷).
- Le *troisième niveau de référence* comprend les Etablissements Publics Hospitaliers 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 du centre d'excellence de traumatologie orthopédique.

Couverture géographique

⁶⁵ L'aire de santé de ces CSCOM couvre plusieurs villages avec des Relais Communautaires (offrant des soins essentiels au niveau des ménages) et des Agents de Santé Communautaires (offrant des soins essentiels communautaires pour un ensemble de village).

⁶⁶ Les maternités rurales ne sont pas prises en compte dans la carte sanitaire officielle et contribue même à désorganiser la carte sanitaire nationale.

⁶⁷La région de Kidal n'est pas dotée d'EPH

Le tableau suivant montre la couverture des régions en CSCOM ainsi que la répartition de la population couverte dans les rayons de moins de 5 km, moins de 15 km et plus de 15 km.

Tableau 1. Evolution des CSCOM fonctionnels par région en fonction de la carte sanitaire

REGIONS	Nombre de CSCOM prévus dans les PDSC	Nombre de CSCOM fonctionnels			Taux de réalisation 2012 (%)	Couverture Géographique population			
		2004	2008	2012		Moins de 5 km	Moins de 15 km	Plus de 15 km	Non couverte ⁶⁸
Kayes	234	110	156	199	85%	56	79	14	7
Koulikoro	193	88	120	184	95%	49	86	11	3
Sikasso	216	142	156	208	96%	47	84	11	5
Ségou	203	127	143	188	93%	55	93	7	0
Mopti	171	102	118	151	88%	47	82	13	5
Tombouctou (*)	96	35	53	71	74%	42	73	12	15
Gao (*)	95	39	48	65	68%	56	82	16	2
Kidal (*)	25	6	7	11	44%	26	30	50	20
Bamako	68	50	52	57	84%	93	100	0	0
Total	1 301	699	873	1 134	87%	56	83	16	2

Sources : DNS : Annuaire du SLIS 2004, 2008 et 2012

Il ressort de ce tableau que le taux de réalisation des CSCOM sur la base de la projection des plans de développement socio-sanitaires des Cercles est de 87% au niveau national avec des disparités d'une région à l'autre. Le faible taux de réalisation est noté à Kidal⁶⁹ avec 44% et le taux de réalisation le plus élevé à Sikasso avec 96%.

La population vivant à moins de 5 KMS d'un CSCOM a presque doublé entre 1998 et 2012, en passant de 29% avec 345 CSCOM à 56% avec 1134 CSCOM. Cette augmentation et la couverture géographique en CSCOM a contribué de manière significative à l'amélioration des couvertures des activités préventives (vaccination des enfants, consultation prénatale, accouchement assisté, utilisation des moustiquaires imprégnées etc.) et à l'augmentation de la consultation curative primaire même si cette dernière reste encore en deçà de la norme OMS (un nouveau consultant par habitant et par an).

Les principaux indicateurs d'utilisation et de couverture publiés par le système local d'information sanitaire (SLIS) font ressortir les résultats ci-dessous.

⁶⁸ Il s'agit de la population non couverte par un CSCOM fonctionnel

⁶⁹ Lors de la crise 2012-2013, plusieurs CSCOM ont été saccagés dans les régions de Tombouctou, Gao et Kidal et même dans le nord de la région de Mopti.

Tableau 2. Evolution des principaux indicateurs publiés dans les annuaires statistiques SLIS des années 2004 à 2008 et l'année 2012

Indicateurs	Annuaire SLIS						
	2004	2005	2006	2007	2008	2011	2012
Nombre CSCCom	699	753	785	826	873	1086	1134
Accessibilité à 5Km (%)	48	50	51	58	58	59	56
Accessibilité à 15Km (%)	72	75	76	79	80	90	85
BCG <1 an (%)	103	92	96	108	110	111	109
DTCP3 <d'1an (%) /et Penta3	90	91	92	94	94	88	88
VAR <d'1 an (%)	78	78	82	89	91	82	87
CPN 1 (%)	75	75	75	78	82	76	68
CPN effective (%)				35	34	29	
Accouchement Assisté (%)	49	53	55	58	61	57	57
Utilisation CC (NC/A/H)	0,25	0,26	0,26	0,29	0,29	0,32	0,31
Utilisation PF (%)	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	6,12	5,79
% des CSREF ayant organisé une référence/évacuation	57,6	72,8	86,4	96,6	100	100	100
Ratios personnel/population	1 Médecin			10389	9885	8528	ND
	1 Sage-femme			21615	22826	17122	ND
	1 Inf./AM			3365	3895	3618	ND
Sites PTME*	15	31	30	59	14	338	347

Sources : DNS : Annuaires du SLIS de 2004 à 2012; * Rapports annuels PTME. ND : Non disponible

Selon le Rapport de l'Analyse de la Situation du Plan Stratégique de la SR 2004-2008, le pourcentage de population ayant accès à un service offrant les soins prénatals, l'accouchement, soins post natals et post-abortum dans un rayon de 5 km est passé de 48% en 2004 à 58% en 2008, 59% en 2011 et 56% en 2012, soit une augmentation de 11% de 2004 à 2011 et une diminution de 3% entre 2011 et 2012. Cette diminution pourrait être due à l'actualisation du dénominateur suite au recensement général de 2009 et/ou à la crise sociopolitique de 2012.

Le PMA complet en Santé de la Reproduction (CPN, accouchement, gestion active de la troisième phase de l'accouchement - GATPA, postnatal, PF) est offert à tous les niveaux.

La référence/évacuation a pu être organisée au niveau de tous les 60 CSRef en 2012 contre seulement 34 en 2004. Le taux de césarienne est passé de 0,94% en 2005 à 2,4 % en 2012

Tableau 3. Evolution la mise en place du système de référence/évacuation dans les districts sanitaires de 2004 à 2012.

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% de CSRef ayant organisé la référence/évacuation	57,6	72,8	86,4	96,6	100			100	100
Taux de césarienne		0,94	1,9%	2,1%	2,2%	2,3%	2,2%	2,4%	2,4%

Sources : DNS : Annuaires du SLIS de 2004 à 2012

Malgré l'extension satisfaisante du système de référence/évacuation, l'objectif fixé pour la césarienne n'a pas été atteint à causes des facteurs suivants :

- Le retard voir le non-paiement des quotes-parts pour l'alimentation de la caisse de solidarité. Ce phénomène est observé surtout au niveau des collectivités et des ASACO;
- Les difficultés liées à l'organisation du transport entre les villages et les CSCOM; et,
- L'insuffisance de communication qui entrave la prise de décision au niveau ménage,

Le rapport des revues SONU de 2006 à 2012 montre une couverture totale des CSRéf en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) tandis que 81 CSCOM sur les 1134 soit 7,14% seulement sont couverts par les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB).

Tableau 4. Evolution de quelques indicateurs de santé de la reproduction de 2006 à 2012

Indicateurs	Prévisions plan SR	Prévisions programme SONU	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre SONUC	22	35	36	51	51	55	61	61	61
Nombre SONUB	88	95	52	56	56	51	79	81	81

Sources : Rapport des revues SONU 2006 à 2012

Toujours selon le rapport cité ci-dessus, malgré la bonne couverture actuelle du Mali en SONUC, il reste encore à faire pour atteindre les normes du système des Nations Unies, qui fixent l'objectif à un SONUC pour 500.000 habitants et 4 SONUB pour un SONUC.

Pour l'offre de soins de qualité, de 2005 à 2012, cinquante-neuf (59 CSRéf) et neuf (9) hôpitaux ont été dotés en équipements et matériels SONU par l'Etat et ses partenaires. 81 structures SONUB ont été dotées en kit initial. Cependant il faut signaler que ces structures SONU enregistrent beaucoup de difficultés dans leur fonctionnement, en termes de disponibilité permanente du personnel qualifié, d'équipement, du sang, etc.

Aussi, certains équipements fournis ne répondent pas aux normes requises malgré la définition des spécifications techniques. A cela s'ajoutent les problèmes liés à la maintenance de ces équipements qui n'est pas assurée à hauteur de souhait ainsi que leur renouvellement⁷⁰.

La disponibilité permanente des médicaments essentiels qui est une des conditions de l'offre de qualité est assurée à travers le respect du schéma directeur d'approvisionnement⁷¹ et de distribution de ces médicaments essentiels. Cette disponibilité est en principe garantie par une bonne cohérence du système allant de la PPM, aux dépôts régionaux, puis dépôts répartiteurs des Cercles qui ensuite servent de fournisseur aux CSCOM. Dans la pratique, on observe certaines ruptures de stocks expliquées par de nombreux facteurs. Cette thématique relative aux médicaments est analysée de façon plus complète dans le chapitre consacré aux médicaments.

⁷⁰ 2013, MSHP, Rapport d'analyse de situation, Plan Stratégique SR 2004-2012

⁷¹ Ce qui n'est pas toujours le cas avec certains autres médicaments, en dehors des programmes prioritaires (voir analyse de situation des intrants).

Qualité des services de santé – ‘proxy’ indicateurs

La durée moyenne de séjour est de 4,9 jours au niveau national tous niveaux de référence confondus en 2012. Il est de 4,3 jours pour le niveau de 2^{ème} Référence et de 5,4 jours pour le troisième niveau de référence.

Tableau 5. Indicateurs hospitaliers au Mali, 2012

Hôpital	Nombre Lits	Hospitalisés	Nombre Hospitalisations	Journées	Total Sortie	DMS	TOL
CHU-CNOS	33	630	4778		606	7,58	39,67
GABRIEL TOURE	446	21283	125823		14403	5,91	76,99
HOPITAL DU MALI	120	4522	22268		3133	4,92	50,84
IOTA	53	4849	7674		4849	1,58	39,67
POINT G	510	10430	74336		5796	7,13	39,93
<i>Sous-total 3^e référence</i>	1162	41714	234879		28787	5,424	49,42
GAO							
KATI	132	1457	12904		1243	8,86	28,06
KAYES	117	4651	16048		4186	3,45	36,34
Luxembourg ME	86	3146	7475		2550	2,38	23,21
MOPTI	84	4885	20655		4306	4,23	67,37
SEGOU	160	8561	33589		6362	3,92	60,84
SIKASSO	134	6161	24566		4894	3,99	50,23
TOMBOUCTOU	94	2351	7238		2144	3,08	22,41
<i>Sous-total 2^e référence</i>	807	31212	122475		25685	4,27	41,21
Total	1969	72926	357354		54472	4,85	45,31

Source : SIH

Le taux de mortalité hospitalière est un des indicateurs actuellement utilisé pour juger de la qualité des prestations de soins et services fournis par les hôpitaux. Le tableau ci-dessous montre que le taux de mortalité hospitalière a progressé de façon régulière entre 2010 et 2012 passant de 9,6% en 2010, à 10,1% en 2011 à 10,8% en 2012 pour les deux niveaux de référence (2^{ème} et 3^{ème}) malgré les efforts fournis ces dernières années pour le renforcement des hôpitaux . Ce taux de mortalité peut être biaisé par plusieurs facteurs dont les références tardives. Son évolution observée peut être tout simplement liée à l'amélioration du système de collecte des données. Son exploitation doit donc être faite avec beaucoup de précautions.

Tableau 6. Evolution du taux de mortalité hospitalière au Mali, 2010-2012

Hôpitaux	TMH 2010	TMH 2011	TMH 2012
CHU-CNOS	5,8%	2,2%	3,8%
GABRIEL TOURE	11,8%	13,9%	13,8%
HOPITAL DU MALI		6,8%	9,5%
IOTA	0,0%	0,0%	0,0%
POINT G	20,4%	18,3%	21,5%
Sous-total 3 ^e référence	12,4%	13,4%	13,5%
GAO	8,0%	7,2%	
KATI	9,2%	6,2%	7,7%
KAYES	4,1%	3,6%	4,5%
Luxembourg ME	5,0%	6,0%	5,6%
MOPTI	9,0%	8,7%	8,5%
SEGOU	6,4%	4,7%	7,2%
SIKASSO	6,9%	9,1%	9,1%
TOMBOUCTOU	2,0%	3,4%	5,5%
Sous-total 2 ^e référence	6,4%	6,2%	7,1%
Total général	9,6%	10,1%	10,8%

Source : SLIS

Système de référence

Contexte

L'initiative qui a consisté à organiser le système de soins obstétricaux d'urgence et d'en assurer le financement constitue une innovation importante du système de santé.

Le système de référence/évacuation pour les urgences obstétricales a vu le jour à travers le programme de périnatalité. Il est fonctionnel dans le pays depuis environ une dizaine d'années. Cependant Il n'est pas effectif dans tous les cercles. Pour harmoniser les interventions, il a été élaboré en mai 2000 un « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali ».

Une évaluation externe du système réalisée en 2004 a constaté certaines faiblesses et insuffisances⁷². Au regard de ces faiblesses et insuffisances une réactualisation du cadre conceptuel a été faite en 2006 pour prendre en compte le nouveau- né.

⁷²la non régularité du paiement des cotisations; la non prise en compte dans le partage de coût du niveau village au CSCCom et du niveau CSRéf vers les EPH; la non prise en compte du nouveau-né dans le cadre conceptuel; la non prise en compte des femmes des villages des aires non fonctionnelles et fonctionnelles par un CSCOM.

Les Acquis du système de référence/évacuation

Durant les PRODESS-I et II tous les CSRéf ont bénéficié de travaux de réhabilitation et/ou de renforcement des équipements (p.ex. ambulance, système de radiocommunication avec les CSCom). En 2012, l'ensemble des 60 DS, assuraient l'offre des SONUB et les SONUC. Un système de solidarité et de partage des coûts d'évacuation était en place dans 58 des 60 DS. La compétence chirurgicale est présente au sein de l'équipe médicale; elle est beaucoup moins tributaire de la présence/l'absence du médecin chef de district qu'auparavant. Le recrutement de jeunes médecins pour renforcer l'équipe de district d'une part, et la formation complémentaire en chirurgie assurée dans le cadre de la collaboration avec les hôpitaux régionaux d'autre part, ont facilité cette importante avancée.

La prise en charge des urgences obstétricales et néo-natales a bénéficié de l'engagement politique du Mali, qui avait institué la gratuité pour la césarienne et avait pris les dispositions nécessaires pour sa mise en œuvre. L'adoption de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale en 2007 donnait un cadre commun de programmation, de mise en œuvre et de suivi dans la perspective de la réalisation des OMD en la matière.

Le dispositif a imprimé une tendance vers l'augmentation progressive du taux de réalisation de césariennes rapporté aux naissances attendues passant de moins de 1% à la fin des années 1990 à 2, 40% en 2012.

Les causes des faiblesses actuelles se résument comme suit:

Des causes immédiates :

- L'enclavement de certaines zones;
- Le faible niveau des contributions des acteurs aux caisses de solidarité;
- La non prise en compte du facteur transport entre le village et le CSCom;
- L'insuffisance dans l'articulation entre les hôpitaux de 2ème et 3ème référence et le reste du système de santé;
- L'absence d'une stratégie réaliste et durable pour les évacuations sanitaires à l'extérieur du pays (4^{ème} niveau)⁷³;
- L'inexistence d'un cadre conceptuel de référence / évacuation et de contre référence entre le CSRéf et l'EPH;
- La désuétude du système de radiocommunication;
- L'insuffisance de couverture géographique en téléphone fixe et internet;
- L'absence de téléphone portable de service;
- L'absence de rubrique de financement des cartes de recharge pour la téléphonie mobile.

⁷³ Interventions comme : chirurgie cardiaque, les prothèses articulaires (genou et hanche), la chirurgie du segment postérieur, de la paupière et des annexes de l'œil, les greffes de rein et de la cornée, la décentralisation de la dialyse etc.

Certaines causes sous-jacentes :

- Le système de solidarité pour les évacuations est peu ou pas fonctionnel dans de nombreux districts avec : un taux de recouvrement des sommes attendues par ce mécanisme de solidarité avoisinant rarement les 50%; une sorte d'immobilisme prévaut dans l'attente du paiement par chaque partenaire de sa contribution (CCC, communes, ASACO). Il arrive que les communes et les ASACO qui ont payé leurs contributions se voient lésées par un défaut de fonctionnement d'ensemble de la caisse de solidarité;
- La faible perception du problème par certains organes de gestion;
- Les femmes sont souvent exposées à l'obstacle financier du transport. Le prix à payer pour une évacuation pouvant atteindre et même dépasser les 20 000 FCFA. La réalité est que la gratuité ne commence effectivement que quand la femme arrive enfin au Centre de Santé de référence après un parcours dissuasif et semé d'obstacles;
- Au niveau du CSRéf, une des causes les plus fréquentes de décès est en relation avec l'hémorragie. Malgré que cet dernier soit équipé et qu'il dispose des compétences pour conserver et faire des transfusions, les dons et l'utilisation du système ne permettent pas de répondre aux besoins;
- Enfin, les disparités dans la répartition régionales du personnel qualifié, en particulier les sages-femmes et les infirmières obstétricales handicapent lourdement les régions qui en sont dépourvues.

Opportunités pour PRODESS-III

L'évolution satisfaisante de la couverture sanitaire et de la disponibilité des SONUC dans la quasi-totalité des CSRéf est une tendance à soutenir à travers les interventions de PRODESS-III en vue d'en assurer la pérennisation. Le faible taux de disponibilité des SONUB au niveau des CSCOM (environ 7%), appelle des interventions importantes pour améliorer le plateau technique de ces structures, afin que le taux de disponibilité des SONUB soit amélioré dans la période quinquennal de ce PRODESS.

La médicalisation des CSCOM est une opportunité pour le PRODESS-III pour améliorer de façon globale la qualité des soins et services de santé, ce qui pourrait impacter sur la qualité du système de référence/évacuation et sur la qualité des soins et services aux différents niveaux de référence, notamment les hôpitaux de 1^{ère} référence.

Sur la période du PRODESS-III, une stratégie faisable et durable sera formulée pour les évacuations à l'extérieur du pays, en fonction des priorités retenues dans ce plan.

2.4.1.1.2 Services Sociaux

Le champ d'action des Services sociaux est assez vaste et complexe et de nombreux acteurs interviennent, de manière pérenne ou ponctuelle dans ce domaine, soit sur les mêmes groupes cibles soit dans les mêmes zones d'interventions et souvent à la même période. Du reste, la finalité des services sociaux n'est-elle pas d'assurer la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels au Mali ? Vu sous cet angle, le rapport national sur le développement humain durable (Edition 2012) portant sur la Protection Sociale et Développement Humain au Mali⁷⁴, retient comme suit le cadre organisationnel et institutionnel en vue de la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels au Mali :

⁷⁴ ODHD/LCP, Rapport National sur le Développement Humain Durable, Edition 2012, Protection Sociale et Développement Humain au Mali,

- (i) Pour le droit au travail et à la protection sociale : les Ministères en charge du travail, de l'emploi, le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord avec leurs différentes structures centrales et déconcentrées et leurs politiques et programmes sectoriels;
- (ii) Pour le droit à l'alimentation : le Commissariat de la Sécurité Alimentaire et certains départements ministériels concernés par la question notamment les Ministères en charge de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, de l'eau et l'assainissement,... et leurs démembrements;
- (iii) Pour le droit au logement et l'accès à la terre : le Ministère du Logement des Affaires Foncières et de l'Urbanisme;
- (iv) Pour le droit à la santé : le Ministère en charge de la santé avec ses différentes structures centrales et déconcentrées et ses politiques et programmes sectoriels;
- (v) Pour le droit à l'éducation : les Ministères en charge de l'éducation et de la formation professionnelle avec leurs différentes structures centrales et déconcentrées et leurs politiques et programmes sectoriels.

D'autres départements peuvent être ajoutés à cette liste notamment celui de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et celui de la Justice. A cela s'ajoutent aussi les interventions des Associations/ONG nationales et internationales, les collectivités territoriales, les fédérations faïtières ou fondations caritatives et autres services culturels.

Ainsi les trois ministères intervenant dans le cadre du PRODESS et d'autres départements ministériels et acteurs privés ont-ils tous une responsabilité à ce niveau (pour les mandats clés des 3 départements, par domaines, voire annexe 11).

Toutefois, nonobstant les différents changements intervenus récemment (depuis la crise de mars 2012) dans son dénomination du département⁷⁵, la responsabilité première et la mission de coordination en matière de services sociaux incombe au MSAHRN. Le décret 2013-766 /P-RM du 24 septembre 2013 fixe ses attributions spécifiques en ces termes : « Il est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale dans les domaines du travail, de la protection et de la sécurité sociale, de la solidarité nationale et de l'action humanitaire ». A ce titre il est responsable des actions et mesures suivantes :

- La définition de politiques d'insertion économique et professionnelles des personnes défavorisées ou victimes de mesures économiques spécifiques ;
- Le développement et l'organisation de la solidarité nationale et la lutte contre la pauvreté ; et,
- La coordination des actions humanitaires en réponse aux conséquences de situations de crises graves.

Les différentes attributions du MSAHRN, sont détaillées et prolongées par les attributions spécifiques des différents services qui le composent et sont mises en œuvre à travers les stratégies, plans, programmes et projets conçus et exécutés par lesdits services.

⁷⁵ Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées de 2000 à 2012 ; Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Âgées et Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées sous la transition.

Malgré les changements de dénomination, l'organisation de base qui était la sienne depuis sa création en 2000 n'a point été affectée. Ainsi, il se compose de :

- Services de l'administration centrale : (i) la Direction Nationale du Développement Social (DNDS) ; et, (ii) la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) ;
- Organismes personnalisés : (i) la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) , (ii) l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) ; (iii) la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) ; (iv) l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) ;(v) le Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali (CNAOM) ; (vi) l'Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte contre la Pauvreté (ODHD/LCP) ; et, (vii) le Fonds de Solidarité Nationale ;
- Services rattachés : (i) le Centre d'Appui aux Mutuelles Associations et Sociétés Coopératives (CAMASC)⁷⁶ ; (ii) le Projet d'Appui aux Communautés Rurales (PACR) ; (iii) le Projet d'Appui au Développement Communautaire ; et, (iv) le Projet de Réduction de la Pauvreté dans la Région de Mopti (PRPRM)⁷⁷
- Services régionaux et subrégionaux, constitués par :(i) les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES) au niveau de chaque capitale régionale et du district de Bamako ; et, (ii) les Services Locaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) au niveau de chaque chef-lieu de cercle, des communes du district de Bamako et des districts sanitaires.

En dehors de ces structures, des services sociaux spécialisés existent aux seins des établissements hospitaliers et auprès des tribunaux et de certains centres pénitenciers.

Depuis l'amorce de la décentralisation/déconcentration au sein du département, des efforts sont en cours pour la mise en place à terme d'un service social dans chaque commune ou groupe de commune du Mali. Une phase expérimentale conduite dans ce sens dans la région de Ségou avec l'appui de Lux Développement a permis la construction de 18 Centres Communaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire (CCDSES).

Contraintes et difficultés

Selon le rapport des consultations nationales sur l'agenda de développement⁷⁸, les grandes contraintes dans la jouissance des droits économiques sociaux et culturels peuvent se résumer en termes de difficultés d'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base d'une part et d'autre part, à l'insuffisance des structures de prise en charge de ces personnes vulnérables tant aux niveaux central, régional que local.

Au regard de la multitude d'acteurs et la diversité de leurs projets dans le domaine de prise en charge des groupes vulnérables, la difficulté majeure réside ici en la quasi absence de mécanismes de coordination des différentes interventions même si par ailleurs il est établi que la mise en place de ce type de dispositif apparaît très problématique à cause de l'absence d'une culture de l'inter ministérialité au niveau de nos administrations⁷⁹.

⁷⁶ Le CAMASC est rattaché à la DNPSES

⁷⁷ Les projets sont rattachés au Ministère

⁷⁸ Primature, Rapport de consultations nationales sur l'agenda de développement d'après 2015, mai 2013,

⁷⁹ CDI, Synthèse de l'Audit organisationnel des services de treize départements ministériels, Nov. 2008;

L'une des faiblesses aussi, en matière de prise en charge des groupes vulnérables, est l'absence d'une base de données sur les groupes cibles; toute chose qui explique les difficultés de collecte de certains indicateurs par manque de base de référence⁸⁰.

A ces problèmes il faudra ajouter ceux identifiés au niveau des structures pérennes en charge du développement social à tous les niveaux. Il s'agit de :

- L'absence d'une vision claire et partagée devant servir de base à la planification des services sociaux locaux ;
- La pléthore et l'inadaptation des ressources humaines aux niveaux, central et régional ;
- L'insuffisance qualitative et quantitative du personnel, surtout au niveau subrégional ;
- L'absence de locaux adéquats pour abriter les services dans la quasi-totalité des cercles et districts sanitaires ;
- L'inadéquation des ressources financières affectées aux activités face à l'ampleur des problèmes à résoudre ;
- L'insuffisance notoire des moyens logistiques au niveau des services régionaux et locaux du développement social ; et,
- La faible appropriation du développement social par les collectivités décentralisées, surtout au niveau de la commune.

La pléthore et l'inadéquation des effectifs du niveau central ci-dessus évoquées sont un effet pervers de la création de l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux (INFTS). En effet, en l'absence d'une politique de développement des ressources humaines, la création de cet établissement a été une occasion pour la quasi-totalité des cadres moyens de devenir cadres supérieurs, sans forcément tenir compte des besoins réels du service. De même des cadres moyens d'autres corps de la fonction publique (enseignement, gestion), auxquels les portes de l'institut étaient ouvertes, sont devenus Administrateurs de l'Action Sociale et ont pu migrer de leur département d'origine vers le département en charge du développement social. C'est surtout à leur niveau que se posent les difficultés d'adaptation aux challenges d'un domaine dont-ils n'ont pas une formation de base.

Liens entre les services sociaux et la santé Le rôle des services sociaux dans le PRODESS n'est plus à démontrer même s'il doit être renforcé pour un meilleur accès des populations aux services sociaux de base en général et aux services de santé en particulier à travers l'augmentation de la demande.

Opportunité pour le PRODESS

Pour ce faire, le PRODESS-III devra adresser les problèmes ci-dessus évoqués afin de permettre aux structures et organisations impliquées dans le développement social de jouer pleinement leur partition dans l'atteinte des différents résultats attendus sur la période quinquennale 2014-2018. Il s'agira en l'occurrence des interventions suivantes :

- La création de conditions favorables à l'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base;
- Le renforcement des capacités des structures de prise en charge des personnes vulnérables tant aux niveaux central, régional que local (renforcement en moyens

⁸⁰ Idem p10;

techniques et financiers des institutions et services sociaux spécialisés ainsi que les services locaux du Développement Social, etc.);

- Le renforcement de la connaissance des groupes cibles du DS (ce qui permet de calculer de vrais indicateurs d'activités, de performances et d'impact des programmes et projets);
- Le renforcement de la coordination et de la synergie dans les interventions qui ciblent les groupes vulnérables à tous les niveaux.

2.4.1.1.3 Services de protection des familles, femmes /et enfants

Le MFEF regroupe des structures centrales, régionales et subrégionales. Au niveau central, le Secrétariat Général est l'organe technique du Ministère; il élabore les politiques, coordonne les interventions du département, suit et contrôle les directions et services techniques. La plupart des programmes et projets d'appui lui sont rattachés.

Les Directions Nationales sont les organes techniques et opérationnels d'exécution de la mission du département. En l'occurrence, la Direction Nationale de la Promotion de la Femme (DNPF)⁸¹, la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille (DNPEF)⁸² et la Direction des Finances et du Matériel (DFM) dépendent directement du MFEF. Les Directions Nationales fournissent en outre au Ministère les éléments de la politique de leurs matières.

Les fonctions de suivi et d'évaluation de l'action des associations et ONG intervenant dans le domaine de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant sont clairement spécifiées dans les missions de la DNPF et de la DNPEF. La DNF assure le suivi de toutes les structures du département dans le domaine de l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des budgets de fonctionnement et d'investissement du Ministère.

Il faut signaler, en plus de ces trois Directions, l'existence de la Cité des Enfants, du Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant (CNDIFE), et de deux Maisons de la Femme et de l'Enfant. Les services suivants sont rattachés aux Directions Nationales: le Centre de Formation Professionnelle 'Aoua KEITA', le Centre d'Accueil et de Placement Familial. Ces dernières structures souffrent d'un manque de ressources ce qui freine considérablement leur fonctionnement.

Les Directions Régionales de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF) relèvent des deux Directions Nationales chargées respectivement de la promotion de la femme et de la promotion de l'enfant et de la famille⁸³. De manière générale, les effectifs en ressources humaines prévus dans les cadres organiques sont rarement atteints et les budgets alloués pour leur fonctionnement sont insuffisants.

Au niveau local, il existe 55 Services Locaux de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (SLPFEF). Ces entités manquent de locaux et sont actuellement abritées dans les locaux des Conseils de Cercle. Par ailleurs, des Centres locaux d'Autopromotion de la Femme et de l'Enfant ont la même vocation que les Maisons de la Femme et de l'Enfant au niveau régional. Ces centres sont eux-mêmes rarement fonctionnels en raison d'un manque avéré de ressources.

Opportunités pour le PRODESS

Pendant les 5 ans à venir, le PRODESS-III devra s'attacher à répondre au manque de capacités opérationnelles des DRPFEF et des SLPFEF en raison d'une insuffisance de moyens

⁸¹ Créée par l'ordonnance 99-009/P-RM du 1^{er} avril 1999

⁸² Créée par l'ordonnance 99-010/P-RM du 1^{er} avril 1999

⁸³ Créées par décret 09-239/P-RM du 22 mai 2009. Il existe 9 DRPFEF au Mali (une par région)

matériels, humains et financiers. Au niveau central, il s'agira de renforcer également les capacités opérationnelles du Centre de Formation Professionnelle 'Aoua KEITA', et du Centre d'Accueil et de Placement Familial, en particulier en matière de financement et de ressources humaines compétentes et stables.

2.4.1.2 La demande de services

L'offre des services et des soins de santé est mise à la disposition de la population par des professionnels de la santé.

Qu'est ce qui caractérise, donc, la demande des soins de santé au Mali ? Des multiples études au Mali ont identifié les facteurs suivants :

- Le faible pouvoir d'achat des populations qui ne permet pas aux pauvres d'accéder aux soins de santé;
- L'accès (géographique et financier) très réduit des populations pour prétendre à des soins de qualité, ce qui démotive tout contact avec les services de soins;
- L'offre des soins est donnée par un personnel de santé, livré à lui-même, peu ou pas motivé, plutôt soucieux de son intérêt individuel que de son rôle de dispensateur de services publics; toute chose qui éloigne les populations des services de santé;
- La tendance des prestataires de soins à prescrire de manières abusives et le plus souvent des spécialités dont les prix sont élevés (notion « d'ordonnance kilométrique » ou « de luxe »), ce qui fait croire au patient/client que l'offre fournie répond plus à un souci de rentabilité du service que de répondre à son besoin de santé;
- Les prestataires des soins de santé ne sont que rarement à l'écoute des besoins, des demandes, des attentes, des difficultés et/ou des problèmes rencontrés par leurs clientèles (patients);

Tout ce qui précède explique le fait que la population ait une faible confiance dans les services de santé, d'où la faible demande de soins. Il y a une conjonction de faisceaux de facteurs qui influencent sérieusement la demande.

Quelles sont les conditions préalables pour favoriser la demande? Elles peuvent être résumées en deux points :

(i). Conditions relevant de la dimension technique de l'offre des soins: couverture, qualité, continuité. Cette dimension relève exclusivement du Département de la santé, des collectivités territoriales et leurs partenaires. Il s'agit entre autres de :

- L'existence de structures de santé rapprochées autant que possible des populations;
- La mise en place d'un plateau technique adéquat (c'est-à-dire, à hauteur de besoins des populations);
- La disponibilité de ressources humaines qualifiées et en nombre adéquat;
- La disponibilité en permanence, dans les structures, des médicaments essentiels;
- La disponibilité des moyens logistiques adéquats et en bon état;
- L'existence d'un cadre formel de rencontres et d'échanges entre les organisations représentant la population et les structures techniques sur les problèmes de santé de la localité; et,

- L'application stricte des textes régissant l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des services publics sous tendue par des dispositifs de motivation (bonus, malus) exemplaires.

(ii) Conditions relevant de la demande proprement dite. Cette dimension relève du MSAHRN, MFEF, des collectivités territoriales et de leurs partenaires (ONG, Associations, fondations, etc.). Il s'agit ici de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes et projets portant sur :

- L'animation pour la mise en place et l'encadrement des associations ou organisations de femmes, de jeunes, de groupements professionnels, tels les agriculteurs, les pêcheurs, les éleveurs, les maraîchers, etc. (organisés ou non en société coopérative, mutuelle, etc.);
- L'initiation des AGR au profit des associations, groupements, etc. dans le cadre de leur insertion socio-économique;
- La mise en œuvre des projets communautaires à grand impact;
- L'animation au sein des populations par des techniques idoines (CCC, IEC, C4D, etc.) incitant la demande sur les thématiques de santé par exemple les consultations pré et post natales, les accouchements assistés, la nutrition, l'allaitement exclusif au sein, le lavage des mains au savon, la DBC, la SR;
- L'organisation et l'animation des populations (hommes, femmes, jeunes) en vue de leur implication effective dans la gestion des structures de santé communautaires ou décentralisées (CSCoM, CSRéf) à travers des organes appropriés; et,
- La maîtrise du fonctionnement des mécanismes de l'AMO, du RAMED, des mutuelles, par les organismes délégués, les prestataires des soins et surtout par les usagers pour pérenniser les dispositifs mis en place à cet effet d'une part et tirer la qualité de l'offre des soins vers le haut d'autre part.

La demande de soins et des services de santé est la clé de voûte de l'ensemble du système socio-sanitaire. Comme dans tout système social, la confiance –qui sous-tend la demande– est le seul critère ou condition qui est à construire. Au Mali, depuis son indépendance, un effort considérable a été mis dans l'investissement et le fonctionnement pour soutenir l'offre de soins et de services (construction d'infrastructures, équipements, formation, logistiques, etc.). Pourtant, le taux de consultation (premier contact par habitant et par an) est toujours excessivement bas (0,37%)⁸⁴. Il est donc urgent de s'inscrire désormais dans une nouvelle démarche de réflexion et d'action afin de mettre autant d'effort et d'énergie pour booster la demande de soins et de services de santé au Mali.

La demande et l'offre de services se fondent, principalement, sur l'approche communautaire et la Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

⁸⁴CPS, Annuaire 2009, Système National d'Information Sanitaire (SNIS), juin 2010, P9.

Approche communautaire

Le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), initié en 1990, a permis d'introduire l'approche communautaire lors de la création des CSCOM. Cette approche est considérée comme « une démarche (processus dynamique) en termes de responsabilisation visant à impliquer les différents acteurs ou communautés à la mise en place, à l'utilisation et à la gestion d'un projet ou programme de développement. Elle doit se faire avec la communauté et non pour la communauté, c'est à dire que les techniciens chargés de sa conduite doivent chercher une implication effective des bénéficiaires »⁸⁵. L'application de l'approche communautaire a permis la création et la gestion quotidienne des ASACO et des CSCOM à travers le pays. En effet, elle a favorisé une bonne gouvernance au sein des structures de santé, des organes de gestion de la santé communautaire que sont la FENASCOM, ses membres et démembrements.

Toutefois, l'application de l'approche communautaire connaît un déclin depuis la fin du PSPHR, engendrant « ... Dans de nombreuses localités ... des conflits d'intérêt et d'attributions entre les collectivités représentées par les mairies et les ASACO et /ou leurs organisations faitières... »

Alors, le PRODESS-III constitue une opportunité pour une application intégrale de l'approche communautaire dans la gestion, par exemple, des CSCOM à travers une meilleure gouvernance et une synergie d'actions entre les acteurs du système socio-sanitaire. Pour ce faire, des activités sont prévues dont :

- la formation/le recyclage les agents sociaux sur l'approche communautaire, les techniques d'enquête sociale, la Communication Pour le Développement (C4D);
- la redynamisation du programme de la Réadaptation à Base Communautaire.

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

La CCC est un « Processus interactif avec les communautés (intégré dans un programme global) pour l'élaboration de messages et approches adaptés, en utilisant des canaux de communication variés en vue de créer des comportements positifs; promouvoir et maintenir un changement de comportement au niveau individuel, communautaire et de la société; ainsi que le maintien de comportements appropriés. »⁸⁶. La CCC a permis d'atteindre des résultats dans divers domaines qui ont connu des reculs suite à la crise socio-sécuritaire de 2012. C'est pour cette raison que le PRODESS-III va intensifier cette stratégie en vue de :

- Renforcer l'utilisation et la couverture des programmes prioritaires de santé, par exemple :
 - Vaccination / PEV
 - Couverture PF, qui est passé de 6,12% en 2011 à 5,79% en 2012⁸⁷;
- Lutter efficacement contre :(i) le VIH et le SIDA, la stigmatisation et l'exclusion des PVVIH; (ii) les récurrences, tabous et pratiques néfastes à la santé de la femme; et, (iii) la malnutrition qui a connu 151 590 cas en 2012 soit 30% des cas attendus.

⁸⁵ Cahier des procédures pour la mise en place des CSCOM /CC-PSPHR, déc.1994

⁸⁶ (Module Séminaire Suivi et Evaluation des Programmes de santé / CESAG juin-juillet 2010)

⁸⁷ Annuaire SLIS 2012 du 05 septembre

La CCC, multidimensionnelle et multisectorielle, est assez transversale dans la mise en œuvre des différentes composantes du PRODESS-III. Ceci permettra de relever des défis à partir d'interventions dont :

- le renforcement des capacités des personnels en technique de mobilisation sociale et en gestion communautaire pour la prise en charge de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille à tous les niveaux;
- la formation des acteurs /actrices de santé sur le processus de mise en place des comités de femmes utilisatrices des services de santé; et,
- l'organisation de séances de plaidoyer et de sensibilisation pour la promotion des femmes et des jeunes dans les organes de gestion des organisations communautaires et leur participation aux actions.

Le PRODESS-III mettra un accent particulier sur les activités d'approche communautaire, de sensibilisation, d'information, de communication, de changement de comportement des populations et des usagers des services de santé, programmées aux niveaux central ainsi que périphérique (Districts Sanitaires) par le CNIECS les services du développement social et de la Promotion de la Femme des districts sanitaires.

2.4.2 Intrants

Les médicaments et autres intrants dans la prise en charge des maladies occupent une place de choix dans le système sanitaire. La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) est une structure centrale du MSHP sans autonomie de gestion. Son statut actuel ne lui permet pas de bien conduire ses différentes missions pour la régulation du secteur pharmaceutique.

La DPM a révisé la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en 2009 et a élaboré un plan d'actions de mise en œuvre de cette PPN 2012 – 2016 en 2010. Ce plan d'actions élaboré après une analyse de situation du secteur pharmaceutique adresse des actions pour corriger les insuffisances constatées. Les deux documents ont été adoptés par le gouvernement en mars 2012. Cependant, avec la crise sociopolitique de mars 2012, la mise en œuvre de cette PPN a été timide.

Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en ME défini dans la politique sectorielle de santé. Il précise le rôle de chaque acteur par niveau du système de santé et identifie les différents outils de gestion des médicaments. Une dotation initiale est accordée aux structures socio-sanitaires publiques et communautaires. Le Recouvrement de Coût (RC) permet le renouvellement de certains produits médicaux.

Les structures clés chargées de la mise en œuvre de la PPN sont : la DPM, l'Inspection de la Santé (IS), le Laboratoire National de la Santé (LNS) et la Pharmacie Populaire du Mali (PPM).

Les problèmes principaux dans le sous-secteur pharmaceutique se résument ainsi:

(i) Approvisionnement en médicaments peu maîtrisé.

L'évaluation indépendante du PRODESS (2011) a révélé une insuffisance dans la quantification des besoins. Celle-ci est due à la non fiabilité des sources de données, ce qui entraîne à son tour la non maîtrise des besoins des médicaments essentiels (les médicaments financés à travers le système de recouvrement des coûts) et, aussi, des médicaments et produits pour les programmes prioritaires de santé (souvent gratuits au public, et financés par l'état et ses PTF), tels que paludisme, tuberculose, VIH/SIDA. Par conséquent, il y a des ruptures de stocks régulières surtout au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et des Centres de Santé de Référence (CSRéf). En plus d'une insuffisance de personnel qualifié pour la gestion de stock, il y a des problèmes organisationnels au niveau des dépôts de médicaments du CSCoM, CSRéf et de la pharmacie hospitalière et du Dépôt répartiteur du cercle (DRC) au niveau du CSRéf. Il faut aussi signaler la mauvaise tenue des supports de gestion et la mauvaise gestion des stocks.

Par ailleurs, le non-respect du plan d'approvisionnement de la PPM à cause du manque de liquidité pour l'achat des médicaments et produits pharmaceutiques a conduit à des ruptures de stock.

Il y a une multiplicité des acteurs dans l'approvisionnement en termes de sources de financement et de structures d'approvisionnement. En décembre 2013, le Mali disposait de 65 établissements privés d'importation et de distribution des médicaments (source : DPM) avec divers modes de distribution. Cela a entraîné une faible coordination des interventions des partenaires.

Malgré des efforts dans la mise en œuvre du SDADME, beaucoup reste à faire. Le SDADME a été révisé en 2010 pour prendre en compte les enjeux actuels, y compris l'intégration des programmes accordant la gratuité des médicaments dans le circuit de distribution. La décision 2011-774/MS-SG du 11 juillet 2011 a rendu obligatoire l'application du nouveau SDADME pour le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels.

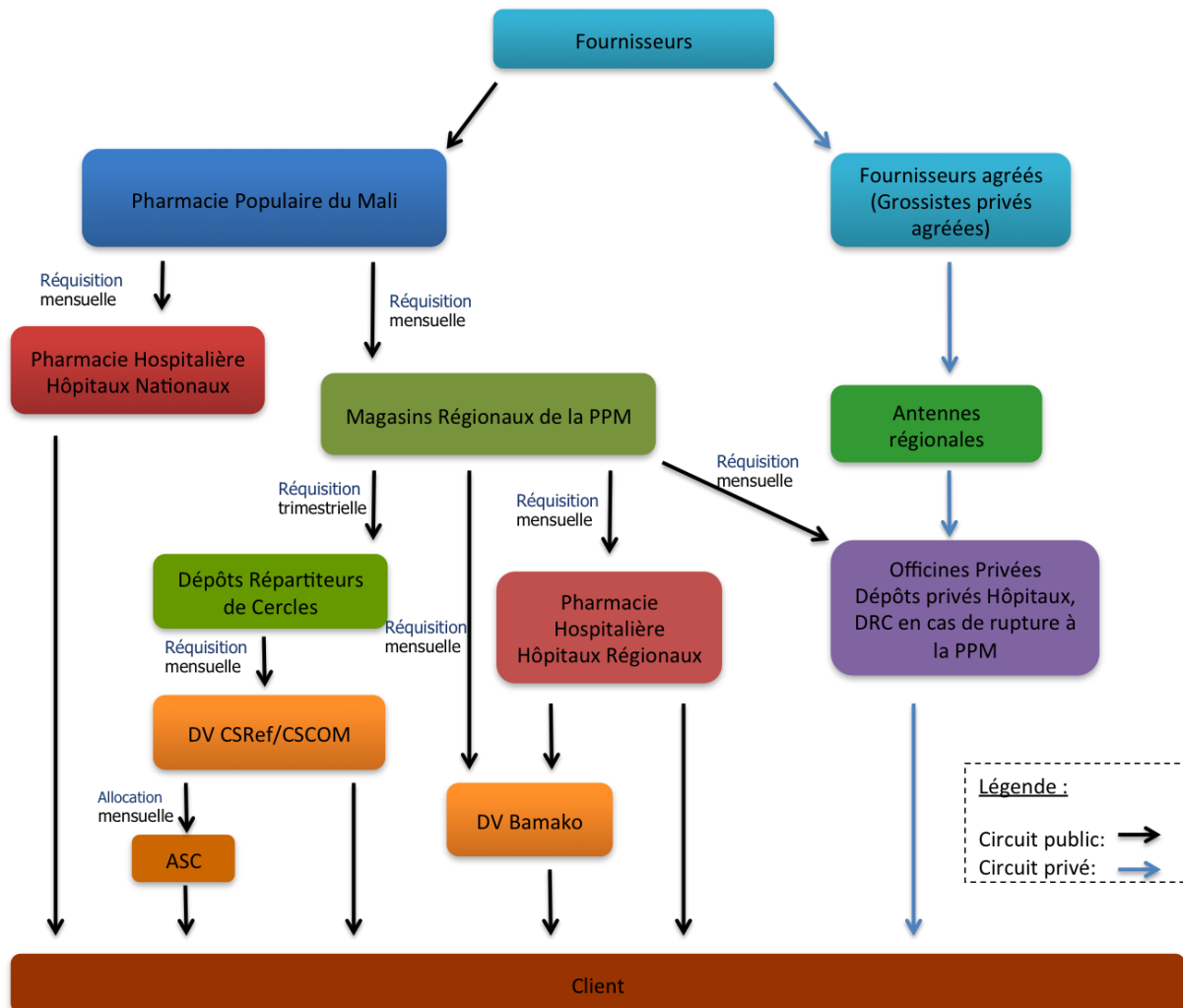
Malgré la révision du SDADME et sa décision d'application, on constate une insuffisance dans la gestion de stock au niveau des points de vente de médicaments (pharmacie hospitalière, dépôts de vente CSRéf et CSCoM).

L'absence d'un système d'information logistique constitue un défi majeur dans la gestion logistique.

Le faible niveau de formation des gérants et l'insuffisance de formation/recyclage sont à la base d'une perturbation de la disponibilité des médicaments et entraîne des ruptures ou des sur-stockages. Il n'existe pas de procédure de redistribution du surstock ce qui pourra augmenter les pertes en termes de péremption. L'évaluation du SIGL en 2012 a révélé une incomplétude et une insuffisance dans le remplissage des supports de gestion et la remontée des données au niveau supérieur c'est –à-dire: (i) du CSCoM au DS, (ii) du DS à la région, (iii) de la région au niveau national.

Les gérants des CSCoM sont les maillons faibles du circuit d'approvisionnement et de distribution. Dans ce cas, un accent particulier doit être accordé au renforcement et au suivi des agents formés pour un changement de comportement afin de corriger les lacunes.

Figure 5. Circuit de distribution des médicaments essentiels au Mali



Source : MSHP. Manuel de procédures opératoires standards pour la gestion du système de l'information logistique des médicaments essentiels et intrants des programmes de santé. Mai 2013

L'insuffisance dans le respect du SDADME se matérialise entre autres par le non-respect du coefficient multiplicateur : 1,8 à 1,9 au niveau CSCOM, malgré les textes fixant le prix des médicaments pour les secteurs public/communautaire et privé. L'accessibilité financière est entravée par le non-respect des prix ce qui a entraîné 20% d'achat partiel ou non achat des ordonnances dans les structures sanitaires. Il faut noter aussi le retard de paiement des factures de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) par la Direction des Finances et du Matériel (DFM). Dans le contrat-plan, l'Etat s'engage à réserver prioritairement à la PPM l'approvisionnement en MEG et en dispositifs médicaux dans le secteur public. L'accumulation des impayés de la PPM au niveau du trésor public entrave l'achat au meilleur prix des médicaments essentiels.

L'insuffisance en ressources humaines et financières au niveau du secteur pharmaceutique est toujours d'actualité. Malheureusement, ce problème est peu perçu au niveau des régions et des districts sanitaires qui prévoient peu d'actions dans ce sens.

Des efforts sont faits pour l'intégration des médicaments et consommables des programmes prioritaires de santé dans le circuit du SDADME. Cependant, le volume de plus en plus croissant des intrants augmente les difficultés de stockage en termes d'espaces et de chaîne de froid. L'insuffisance dans le respect des directives de stockage mérite une attention particulière.

La gestion des intrants pour la vaccination est toujours gérée par la DNS (section immunisation), sans l'implication effective de la DPM.

(ii) Contrôle de qualité des médicaments peu maîtrisée

La mise en œuvre des fonctions réglementaires pharmaceutiques est la clé de la garantie de la qualité des produits de santé. Ceci requiert l'adoption de manuels de procédures, la formation du personnel sur ces manuels, la constitution de comités techniques avec un système de limitation de mandat et de gestion des conflits d'intérêts pour prévenir la corruption et améliorer la gouvernance et la transparence. Le contrôle des essais cliniques étant une de ces fonctions et vu que le Mali n'est pas à l'abri, il apparaît prioritaire de compléter et renforcer les textes réglementaires en la matière.

Le contrôle de qualité est assuré par le laboratoire national de la santé (LNS) pour les médicaments en pré et post marketing c'est-à-dire avant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM ou visa) et après l'AMM pour un suivi de la qualité et la sécurité d'emploi des consommateurs. Cependant, le LNS ne dispose pas d'équipements pour assurer le contrôle de qualité des réactifs, des dispositifs médicaux stériles, cosmétiques, produits biologiques. Le contrôle de qualité desdits produits ne figure pas dans ses missions actuelles. Il n'existe pas une stratégie ou un plan concerté de suivi de la qualité des médicaments circulants sur le territoire national.

L'inspection de la santé (IS) est en charge de l'inspection des structures pharmaceutiques. Elle assure le contrôle de l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice de la profession pharmaceutique des secteurs public, privé et communautaire. Cependant, il existe des insuffisances dans les textes, surtout en termes de cohérence entre les missions de la DPM, du LNS et de l'IS, les trois structures en charge de la mise en œuvre des fonctions réglementaires. Le statut de l'Inspection en tant qu'Inspection ministérielle, englobant l'inspection pharmaceutique ne permet pas une gestion optimale des insuffisances ou problèmes que l'IS pourrait détecter lors de ses missions. De plus, des insuffisances en moyens techniques, humains et matériels limitent la bonne régulation du secteur pharmaceutique.

Par rapport à la législation, un cadre législatif et réglementaire des réactifs, dispositifs médicaux stériles, produits biologiques, produits cosmétiques et essais cliniques est insuffisant. Il faut signaler que dans la coopération sous-régionale (UEMOA et CEDEAO) des échanges sont en cours pour l'harmonisation de l'homologation des médicaments. Egalement, des directives sont en cours dans l'espace UEMOA pour la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire des réactifs, dispositifs médicaux stériles, produits biologiques, produits cosmétiques et essais cliniques. Mais ces initiatives sous régionales ne peuvent donner des résultats sans le renforcement et une mise en œuvre efficiente du dispositif réglementaire des pays membres.

La *vente illicite* des médicaments et produits pharmaceutiques constitue de nos jours un *problème majeur* de santé publique et touche toutes les classes thérapeutiques. Ce phénomène, qui existe déjà depuis des décennies, a été mis au compte du faible pouvoir d'achat de la population. A cela, il faut ajouter le faible taux d'alphabétisation de nos populations (méconnaissance du danger des produits pharmaceutiques), la porosité de nos frontières, la timidité des activités de lutte contre la vente illicite des médicaments. Une commission nationale de lutte contre la vente illicite des médicaments est en place depuis 2002 avec ses démembrements aux niveaux communal, district et régional. Malgré, l'organisation de journées nationales de lutte contre la vente illicite et les médicaments contrefaits, la sensibilisation et la répression doivent être renforcées avec le concours de la douane, la justice, les forces armées et les ordres professionnels de la Santé. L'insuffisance dans l'application et le non respect de certains textes législatif et réglementaire concourent à l'ampleur du phénomène de la vente illicite.

(iii) Financement problématique des achats

La procédure de remboursement des achats de la PPM au compte du contrat-plan Etat – PPM connaît des difficultés du fait des retards de paiement du trésor public. La procédure de paiement commence après la livraison des intrants; cependant, la PPM dispose d'une faible enveloppe financière qui n'est pas en faveur du respect de son plan d'approvisionnement afin de minimiser les ruptures de stock. Aussi, le fort taux d'endettement des hôpitaux ajouté à la mauvaise gestion des pharmacies hospitalières a contribué à accentuer les difficultés de réapprovisionnement de la PPM.

La mise en œuvre de la gratuité - surtout la césarienne ! - constitue un défi majeur avec le préfinancement des kits de césarienne. Ceci empiète sur la bonne gestion de stock au niveau des pharmacies hospitalières et des Centres de Santé de Référence (CSRéf). Le réapprovisionnement ne peut plus se faire en fonction des besoins exprimés d'où le cercle vicieux de la non disponibilité.

(iv) La faible demande des services de santé, liée à l'usage irrationnel des MEG

Les efforts par rapport à l'accessibilité géographique et financière méritent d'être poursuivis. Les différentes études et évaluations ont montré une prescription peu rationnelle au niveau des structures sanitaires. Les taux de prescription en antibiotique et injectable restent encore élevés. Les prescripteurs respectent peu les directives en matière de prescription rationnelle et l'accent n'est pas mis sur la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI).

La Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) étant la base de l'approvisionnement et l'utilisation rationnelle, il apparaît la nécessité de renforcer le processus de révision de cette liste. Cette révision nécessite l'implication plus forte des hôpitaux et autres structures de recherche/santé qui eux-mêmes doivent accentuer les activités de recherche et le renforcement des ressources humaines en la matière. Les comités thérapeutiques et de médicaments doivent être fonctionnels.

Les opportunités pour le PRODESS-II, d'adresser ces problèmes principaux :

La grande opportunité reste le changement de statut de la DPM en Autorité Nationale de Réglementation *forte pouvant réguler* le secteur pharmaceutique. Le financement du plan d'action 2012-2016 de la PPN demeure un impératif. Ce changement doit s'accompagner d'un renforcement en ressources humaines, techniques et financières pour une mise en

œuvre des fonctions réglementaires. La disponibilité continue d'intrants de qualité doit s'accompagner du renforcement de tout le circuit de d'approvisionnement et de distribution. La révision et l'adoption en 2012 par le Gouvernement de la Politique Pharmaceutique Nationale et le SDADME sont des atouts majeurs pour la planification du nouveau PRODESS.

Enfin, la promotion de l'usage rationnel des MEG – à travers plusieurs interventions complémentaires - demeure un défi majeure pour le PRODESS.

2.4.3 Système National d'Information Sanitaire et social (SNIS)

Contexte

Le Mali a élaboré depuis 1998 un Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SD-SNISS). Ce SD-SNISS a été validé en mars 1998 pour une période de 5 ans (1998- 2002)⁸⁸. Les informations et les indicateurs produits par le SNISS devraient être en mesure d'évaluer la performance, le processus ou l'impact des programmes, y compris le PDDSS et le PRODESS. Le SNISS est un ensemble de personnes, procédures et matériels organisés qui devra fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que les échanges internationaux d'information sanitaire et sociale. Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion des programmes sanitaires et sociaux. Il doit englober à la fois le secteur public, le secteur communautaire et le secteur privé. L'objectif général du système d'information sanitaire et social est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et social de la population en fournissant les informations nécessaires pour ce faire. Ses objectifs spécifiques sont de : (i) disposer d'informations sur la situation sanitaire et sociale de la population; et (ii) disposer d'informations fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires et sociales aux différents niveaux du système de santé et d'action sociale.

Le SD-SNISS définit les catégories et types d'indicateurs, leurs niveaux de production sources et niveaux d'utilisation. Il définit également les responsabilités et établit les actions à entreprendre et les moyens nécessaires pour l'opérationnalisation de ses quatre (04) sous-systèmes coordonnés par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. Il s'agit : (i) du sous-système d'information sanitaire ; (ii) du sous-système d'information sociale ; (iii) du sous-système d'information sur la recherche, les études et enquêtes ; et (iv) du sous-système d'information administrative et financière.

Le sous-système d'Information Sanitaire (SIS)

Le système d'information sanitaire comporte trois composantes : (i) Le système local d'informations sanitaires (SLIS) piloté par la DNS ; (ii) Le système de surveillance et d'alerte

⁸⁸ Durant cette même période, le Mali dispose depuis 1998 d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) dont le premier programme quinquennal de mise en œuvre, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS 1998-2002), s'inscrit dans une approche globale de développement de type « programme » et non plus de type « projet » comme cela était le cas avant l'adoption de la Politique Sectorielle de santé et de Population.

épidémiologique (SAE) piloté par la DNS ; (iii) Le système d'informations hospitalières (SIH) piloté par la CPS.

Système d'Information Sociale (SISo)

Le SISo collecte et diffuse des informations relatives à trois (03) domaines techniques assimilables à des sous-systèmes : (i) le renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion ; (ii) la lutte contre la pauvreté ; (iii) le renforcement de la protection sociale. Ces trois domaines techniques sont complétés par l'aspect transversal des finances. Pour l'ensemble de ces domaines, le SISo a la charge de renseigner 15 indicateurs du cadre commun, dont la liste se trouve en annexe. Le SISo est coordonné par l'Unité de Planification du département en charge du développement social avec la contribution des Centres de Documentation, de Planification et de Statistiques des services centraux et les chargés de planification des directions régionales et des services locaux du développement social et de l'économie solidaire.

Système d'Information sur la recherche, les études et les enquêtes

La mise en œuvre du Système d'Information sur la recherche, les études et les enquêtes a commencé récemment. Ainsi, la collecte des données sur les études et enquêtes a été organisée à partir de 2009 avec une mise à jour annuelle. Elle a concerné la collecte et la diffusion des données sur les rapports d'études et les thèses au niveau des services suivants : FMPOS, DNS, CPS, LNS, les EPH, la DNDS et la DNPSES. Cette activité a été renforcée par l'initiative du Country Health Intelligence Portal (CHIP) et le nouveau plan stratégique du SNISS apportera les solutions nécessaires pour son développement.

Système d'Information Administrative et Financière

Dans le SD-SNISS, n'apparaissent pas les systèmes d'informations, pharmaceutique, nutritionnelle et de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant qui n'existaient pas au moment de sa validation. Si chaque sous-système constitue une unité opérationnelle, l'option choisie dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS-III est d'aller à une plus grande coordination et une mise en cohérence des différents sous-systèmes.

Inclusion du secteur privé : vers un partenariat public – privé (PPP)

Le SD-SNISS doit couvrir à la fois le secteur public, communautaire et privé (confessionnels, et exercice libéral), les ONG et la société civile pour répondre aux principaux besoins d'informations. La difficulté d'obtention des données sur les formations du secteur privé⁸⁹ porte atteinte à la crédibilité des informations sanitaires et donc à celle des indicateurs. A partir de 1997, il y avait plusieurs initiatives pour mieux impliquer le secteur privé dans le SNISS. Cependant, cela n'a pas encore abouti à un progrès significatif. Il semble donc aujourd'hui que la difficulté de disposer des données sanitaires sur les structures privées résulte principalement de l'absence de consensus sur l'utilisation d'un support de collecte des données et l'absence d'un cadre de concertation entre le niveau privé et public.

⁸⁹ Le secteur libéral, essentiellement concentré sur la capitale, représente en 2011, environ 150 établissements, 1373 médecins, 533 pharmaciens, 534 sages-femmes. Quoique non recensé de façon exhaustive, on peut supposer que le secteur privé, essentiellement informel, est omniprésent à l'intérieur du pays.

Concernant le secteur à but lucratif (secteur 'libéral'), le défi semble de développer des mécanismes de contractualisation où chaque partenaire y trouverait son avantage.

En ce qui concerne les centres de santé gérés par les ONGs et les centres confessionnels, il y a généralement une bonne participation et transmission des données au secteur public. La dynamique de ce secteur est différente de celle du secteur libéral. Il n'y a pas de dynamique de profit et d'autre part les prestations de soins sont moins chères que le secteur privé, voire même elles sont alignées sur celles du secteur public. Il y a un moindre coût des médicaments.

Il est impératif que le PRODESS-III prenne en compte le secteur privé comme un partenaire à part entière et responsable, pour atteindre des résultats escomptés en matière de santé. Pour cela, il faudra :

- Réfléchir sur le rôle du secteur privé dans la réalisation des objectifs et définir les principes de partenariats spécifiques aux différentes catégories du secteur privé (prestataires de soins, appui aux prestations, formation, pharmaciens, médecine traditionnelle); et,
- Inclure le privé à but lucratif dans les instances du PRODESS-III d'une part, et d'autre part les prestataires privés dans le système de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Opportunités pour le PRODESS-III.

Au cours du PRODESS-III, il est impératif de refonder (réviser) le SD-SNISS et intégrer tous les sous/systèmes dans le processus d'éligibilité au financement. La révision du SNISS doit se fonder sur une participation inclusive avec l'ensemble des acteurs des secteurs public, communautaire et privé (confessionnels, exercice libéral), les PTF et la société civile. Au cours de la mise en œuvre du PRODESS-III, l'harmonisation des supports d'informations du PRODESS-III à ceux du SNISS doit être prise en compte durant sa révision, ce qui permet de faire le lien entre les deux.

Actuellement, il y a peu de visibilité sur l'appui, la coordination et le suivi du SNISS. Par conséquent, la CPS devra être le leader d'un SNISS visible et performant. La fonctionnalité d'une base consolidée des données au niveau de la CPS pour les trois départements en fera partie.

De plus, il s'agit, de la mise à niveau des plateaux techniques des TIC et des ressources humaines. Il existe aujourd'hui au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique un schéma directeur de l'informatique et des réseaux Téléinformatiques. Les objectifs de ce schéma informatique sont clairement définis. Il faut actuellement réaliser et financer l'informatisation du SNISS en profitant de l'existence des nouvelles technologies de l'information et de la communication, car il y a un besoin de renforcement des capacités de communication entre les différents acteurs des sous-systèmes.

L'unicité du SNISS doit se traduire par un point focal d'appui au niveau de la CPS du secteur, de coordination et de suivi des sous-systèmes qui le composent (jonction entre les différents sous-systèmes).

2.4.4 Ressources Humaines

Introduction.

La faible maîtrise de l'évolution spatiale et temporelle des ressources humaines reste une préoccupation majeure dans la gestion des problèmes de santé au Mali. La réponse à cette problématique demeure un déterminant incontournable de l'offre de services de santé de qualité et une priorité pour le renforcement du secteur socio-sanitaire au Mali.

Parmi les multiples défis à relever pour atteindre les OMD pour le développement, le déficit en ressources humaines en santé de qualité et les enjeux de leur motivation ou de leur stabilité (rétention au poste), restent une question centrale. Il s'agit d'adopter un programme en vue d'une action nationale visant à orienter une riposte face au déficit et la mauvaise répartition des personnels de santé dans le pays et contribuer à assurer un accès universel à des soins de qualité.

Analyse de la situation; problèmes principaux.

En général, l'état des ressources humaines est caractérisé par un déficit très important lié à la faiblesse des capacités de recrutement, et de formation des prestataires de service. A cela s'ajoutent : (i) une insuffisance de gestion dans la répartition du personnel entre les différentes zones géographiques ; et (ii) l'insuffisance des réglementations contre les pratiques néfastes.

Le ratio ressources humaines / population fait ressortir une tendance encore faible pour les médecins et les sages-femmes par rapport aux normes de l'OMS⁹⁰ qui est de Un médecin pour 10 000 et une sage-femme pour 5000 habitants. Le ratio infirmier / population est lui satisfaisant⁹¹ comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Evolution des effectifs du personnel de santé par profil de 2009 à 2012

Catégories de professionnelle de santé	2009	2010	2011	2012
Médecins	1346	1536	1609	1711
Ration Médecin/Population = 1 médecin pour	10794	10007	9845	9537
Infirmiers	3464	3936	4090	4257
Ratio Infirmiers/Population	4194	3905	3873	3833
Sages-femmes et sages-femmes associées (IO)	1331	1360	1615	1770
Ratio Sages-femmes/Population	10916	11301	9809	9219

Source : DRH 2014

⁹⁰ Cette norme est cependant dépassée, car actuellement la norme souhaitée est d'une équipe complète (médecin-infirmier-sage-femme) de 2,3 / 1000 habitants.

⁹¹ 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

Tableau 8 : Situation du personnel par catégorie professionnelle du département en charge du développement social (année 2012)

Catégorie professionnelle	Effectif
Administrateur de l'action social et Assimilés	305
Technicien Supérieur de l'Action Social et Assimilés	196
Autres	248
Personnel de soutien	354
TOTAL	1 103

Source : Rapport d'évaluation, P.O. DRH-SSDS 2014

Tableau 9 : Situation du personnel par catégorie professionnelle du département en charge de la Promotion de la Femme (Année 2012)

Catégorie professionnelle	Effectif
Administrateur de l'action social et Assimilés	66
Technicien Supérieur de l'Action Social et Assimilés	34
Autres	139
Personnel de soutien	79
TOTAL	318

Source : Rapport d'évaluation, P.O. DRH-SSDS 2014

Plus spécifiquement, les problèmes prioritaires en RH sont les suivants :

(i) L'insuffisance des ressources humaines qualifiées du secteur.

Il y a une insuffisance importante en personnel socio-sanitaire, conformément à la situation des tableaux suivants. Pour y faire face, les besoins à ce niveau ont été exprimés au niveau des défis. Les causes immédiates de ce problème sont entre autres: (i) le faible niveau de recrutement,(ii) la réticence du personnel (surtout féminin) à travailler dans les zones difficiles et surtout en zone rurale; (iii) la faible capacité de formation.

Les causes sous-jacentes portent sur : (i) les faibles moyens financiers affectés pour le recrutement des ressources humaines sont faibles; (ii) la disparité dans la disponibilité des commodités (ex établissement scolaire, électrification, adduction d'eau); (iii) les contraintes sociales; et (iv) l'insuffisance de mécanismes de motivation du personnel.

(ii) L'insuffisance de spécialistes dans les structures de référence (EPH, CSREF).

Ce problème est lié à une faiblesse de la planification des besoins de spécialisation du personnel. Les causes immédiates sont: (i) l'insuffisance dans la planification des besoins de spécialisation du personnel; (ii) l'insuffisance de mesures incitatives (financement, plan de carrière) pour les candidats potentiels.

Parmi les causes institutionnelles sont à mentionner : une insuffisance de coordination entre le secteur utilisateur (MSHP) et le secteur responsable (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique/ MESRS)et l'absence de plan de carrière, et de plan de formation continue.

(iii) La mauvaise répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes zones géographiques du pays.

Les causes immédiates sont:

- (i) La trop forte centralisation des actes de gestion du personnel;
- (ii) La non-fonctionnalité du système d'information des ressources humaines du secteur;
- (iii) L'inégalité dans la répartition géographique du personnel; et,
- (iv) La non-effectivité du transfert des ressources de l'État aux collectivités dans le domaine de la santé et du développement social, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

Les causes sous-jacentes sont :

- (i) L'insuffisance dans la coordination de la gestion des ressources humaines; et,
- (ii) L'insuffisance de financement pour les formations diplômantes.

Une des causes institutionnelles est l'inadaptation du cadre institutionnel pour la gestion des ressources humaines.

(iv) Une gestion inappropriée des carrières

La première cause immédiate de cette mauvaise gestion est l'absence de description de postes et de plan de carrière des agents. Comme causes sous-jacentes il faut noter : (i) Une réticence de certaines catégories de personnel à servir en milieu rural après leur formation alors que le besoin en personnel y est plus criant; et, (ii) La pratique de plus en plus courante des agents de santé de travailler en même temps dans le secteur public que privé. Parmi les causes institutionnelles figurent l'obsolescence de certains cadres organiques; et, la non application des cadres organiques. Cela explique la mauvaise gestion des ressources humaines.

(v) La méconnaissance des structures et prestataires de soins privés

Le MSHP ne dispose pas encore d'information fiable sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur privé. Une cause sous-jacente est le non-respect de la réglementation en vigueur en matière d'installation et d'emploi dans le secteur privé. Sur le plan institutionnel, le cadre législatif et réglementaire par rapport à l'exercice privé des professions socio-sanitaires est encore insuffisant.

(vi) L'insuffisance de la qualité des formations du personnel

La qualité de la formation du personnel est compromise par : (i) l'insuffisance d'outils pédagogiques; (ii) l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi; (iii) l'insuffisance de formation des encadreurs et la pléthore de stagiaires dans les services; (iv) insuffisance numérique des encadreurs (ratio encadreur/étudiant;) et, (v) les formations continues qui ne correspondent souvent pas à des besoins identifiés et ne font pas partie d'un plan cohérent de formation.

Les causes sous-jacentes incluent: (i) une absence d'un système d'accréditation des établissements privés de formations; et, (ii) une motivation financière des promoteurs au détriment de leur devoir de participer au développement des RH de qualité. Sur le plan institutionnel il s'agit d'un manque/insuffisance de cadre réglementaire incluant un système de contrôle systématique (corps d'inspecteurs des écoles de santé).

(vii) La faible prise en compte du caractère sectoriel des ressources humaines

La Direction des Ressources Humaines (DRH) du secteur devrait avoir les moyens et l'expertise de gérer de manière intégrée les ressources humaines des trois départements du secteur. Cet aspect est aujourd'hui faiblement pris en compte à cause de : (i) l'inadaptation du statut juridique, de l'organisation et du cadre organique de la structure; (ii) l'inexistence d'un plan intégré de développement et de motivation des ressources humaines; et, (iii) la dispersion dans les trois départements des ressources financières dédiées au renforcement des capacités des ressources humaines.

Défis

Le défi à relever reste la question majeure du rehaussement de la qualité et de la quantité des ressources humaines pour atteindre le ratio de 23 professionnels de santé (médecin, sage-femme et infirmier) pour 10 000 habitants. Pour atteindre cet objectif, le Mali aura besoin de 14 307 nouveaux professionnels de santé d'ici à l'année 2018. La situation des effectifs en 2013 est de 1 937 médecins, 1 350 sages-femmes, et 4 723 infirmiers pour une population estimée à 16,3 millions habitants, ce qui donne un ratio de 4,92% (Med-SF-Inf). Si le niveau actuel de recrutement se maintient, le ratio serait de 5,16% en 2018 pour une population estimée à 18,9 millions habitants.

Au regard du budget actuel consacré au recrutement du personnel de santé et le taux de croissance de 2,2% de la population, le Mali ne pourrait atteindre l'effectif minimum souhaité par l'OMS, soit 23 professionnels pour 10 000 habitants.

Les problèmes relatifs aux ressources humaines pour le secteur demeureront aussi longtemps que possible si les mesures politiques vigoureuses ne sont pas prises à cet égard. Il s'agit entre autres de la volonté politique de rendre disponibles les ressources humaines du secteur (cf. tableau ci-dessous) en quantité suffisante et en qualité à tous les niveaux et plus particulièrement dans les zones difficiles et de pauvreté.

Tableau 10: Besoins de recrutement par catégorie professionnelle et par an pour la période 2014 -2018

Catégorie professionnelle	Besoins de recrutement par an pour la période 2014 - 2018		
	Santé	Développement Social	Promotion de la Femme
Catégorie « A »	590	20	20
Catégorie « B2 »	700	30	30
Catégorie « B »	420	20	20
TOTAL	1 710	70	70

Source : DRH-SSDS 2014

Atouts

L'adoption de la Politique de Développement des Ressources Humaines pour la santé (PDRHS), en décembre 2009 par le Gouvernement demeure un atout considérable pour répondre au problème du développement des Ressources Humaines pour la Santé. Elle engage le gouvernement à améliorer la gestion de ses Ressources Humaines pour la santé et à améliorer leur motivation et en particulier leurs conditions de travail.

L'opérationnalisation de la politique nationale de développement des ressources humaines s'articulent autour des points suivants :

- Le renforcement de la capacité institutionnelle de la DRH pour assurer les missions qui lui sont assignées pour le secteur;
- La disponibilité des ressources humaines dans les établissements de santé;
- Le recrutement du personnel de santé qualifié en quantité suffisante pour répondre au besoin;
- Le renforcement des capacités du personnel;
- Le développement de mécanisme de motivation du personnel;
- Le renforcement du système de gestion et d'information des ressources humaines du secteur; et,
- La poursuite de l'opérationnalisation de l'observatoire des RHS.

Le Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines (PSNDRH) est l'outil de mise en œuvre de la Politique. Il prend en compte les problèmes identifiés et les orientations stratégiques retenues dans le document de Politique pour tracer le cadre des interventions nécessaires à la résolution des problèmes. Il couvre la période 2009-2015, avec des projections de financement par année. Il présente les stratégies et les axes d'intervention en matière de développement des ressources humaines pour la santé. Quant aux détails des activités, ils sont développés dans les plans spécifiques qui sont annexés au Plan Stratégique. Il s'agit des plans de formation, de carrière, de motivation et de recrutement. Les activités prioritaires du PRODESS-III en matière des RH s'inscrivent dans ces plans nationaux.

Opportunités pour le PRODESS-III:

Le programme d'action gouvernemental 2013-2018 prévoit dans le cadre de la modernisation du système de santé, la mise en œuvre de la PDRHS). Le PDDSS 2014 – 2023 devient une opportunité pour traduire dans les faits cette volonté politique à travers son OS 8 visant à assurer « la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes performante et réparties de façon équitable ».

La première phase quinquennale de ce PDDSS qui est le PRODESS-III prévoit d'atteindre trois objectifs stratégiques durant la période 2014-2018, à savoir :

- Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes;
- Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées; et,
- Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

2.4.5 Financement du secteur socio-sanitaire

2.4.5.1 Politiques / stratégies du financement de santé

Un système de financement bien élaboré est garant, d'une part d'une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières du secteur sanitaire et social et d'autre part, permet une meilleure accessibilité aux services de santé tout en incitant les prestataires et les utilisateurs à plus d'efficacité. Le système de financement de la santé comprend non seulement les mécanismes classiques de mobilisation, de répartition et d'utilisation des ressources financières, mais également le développement d'approches alternatives de solidarité et de protection sociale en vue de minimiser les inégalités.

Les trois départements du secteur ont convenu avec les PTF qu'un certain nombre de thèmes devaient être approfondis lors de l'élaboration du PDDSS pour anticiper sur la mise en œuvre, et le financement de la santé fait partie de ces thèmes. C'est ainsi qu'un groupe thématique de travail sur le financement de la santé s'est vu confié l'élaboration d'un document de politique nationale.

Quatre axes stratégiques ont été définis par le document de Politique de financement de la santé élaboré en 2013 à savoir⁹² :

- (i) Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle;
- (ii) Garantir une meilleure allocation des ressources;
- (iii) Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet et,
- (iv) Améliorer la gouvernance financière.

La politique de financement se donne comme mission de dessiner la voie de l'accès à des soins de qualité indépendamment des capacités financières, pour l'ensemble de la population du Mali selon les besoins, et en la protégeant du risque maladie⁹³.

Cependant, ce système souffre de plusieurs problèmes :

- La part des ménages est considérable⁹⁴ et est surtout constitués par les dépenses de poche relatives aux soins. Ce qui entretient une iniquité et augmente le fossé entre l'accès aux soins des groupes socio-économiques vulnérables et les riches;
- Les soins de qualité ne sont pas renforcés par le système de financement qui est actuellement centré sur le financement des « inputs » indépendamment du résultat sur la performance en matière de qualité de services; et,
- Le système de financement de la santé est caractérisé par un fort fractionnement des systèmes de protection sociale, dû au fait que ces dispositifs ne sont pas liés et impliquent une faible solidarité et une absence de redistribution des ressources entre les mécanismes et entre les couches sociales.⁹⁵

⁹² 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

⁹³ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

⁹⁴ 57% selon les CNS de 2006

⁹⁵ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

Ces problèmes sus évoqués ouvrent donc la voie à des suggestions diverses dans le PRODESS-III à savoir :

- Un allègement de la part des ménages par une diminution de leurs contributions aux dépenses de santé;
- Une orientation vers un financement basé sur des critères de performance établie (financement basé sur la performance - FBP) qui incluraient la qualité;
- Mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle; et,
- Une stratégie gouvernementale visant à asseoir le leadership de l'Etat vis-à-vis des PTF dans un apport plus conséquent en matière de financement de la Santé.

2.4.5.2 Mobilisation des ressources

Durant le Sommet du Millénaire de 2000-2001 à Abuja, les dirigeants des Etats membres de l'Union Africaine ont adopté la Déclaration d'Abuja⁹⁶ à partir de laquelle ils se sont engagés à attribuer au moins 15% du total de leurs budgets nationaux annuels au secteur de la santé. L'évolution de la part du Budget de la santé dans le budget gouvernemental du Mali a été étudiée en partant du budget des ressources mobilisées et en considérant le budget prévu pour 2014.

Le budget de l'Etat consacré au secteur 'santé' (sans la part de financement du développement social et de la Promotion de la Famille) s'est stagné autour de 7-8% du budget global du gouvernement depuis une quinzaine d'années⁹⁶. Ceci représente la moitié des 15% convenus dans la déclaration d'Abuja⁹⁷. Suite aux recommandations de la 13^{ème} session de l'Assemblée des Ministres de la Santé tenue en 2012 à Conakry, les dispositions sont en cours pour harmoniser le mode de calcul du pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé dans le cadre de la déclaration d'Abuja, afin de permettre les comparaisons pour les différents Etats. Néanmoins, cette situation s'améliore en prenant en compte le Ratio du budget du secteur sante en termes de charges récurrentes sur le budget global des charges récurrentes de l'Etat, soit 12,10% en 2014 (fonctionnement, sans les investissements).

A l'instar d'autres pays, le Mali a élaboré une politique de financement de la santé pour la couverture universelle. Cependant, la couverture universelle ne peut être atteinte dans la limite de l'engagement d'Abuja, en particulier la couverture du risque maladie qui nécessite la disponibilité d'un niveau de ressources financière très importante, y compris les subventions d'Etat. Ces dispositifs s'appuient sur les mécanismes de tiers-payant qui devront permettre de soutenir l'accès des usagers aux services de santé avec la réduction drastique de la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé (minimum, si possible inférieur à 20%). Les Comptes Nationaux de la Santé devraient nous faire ressortir la part de chaque entité dans le financement de la Santé. En effet, cela nous permettrait d'appréhender la part des ménages qui constitue presque les fonds privés. (57% par les ménages)⁹⁸. En fait, il y a une très grande différence si l'on se réfère aux données issues seulement de la DFM compte tenu du fait de la non considération de la part des

⁹⁶ Cependant, des échanges sont en cours pour harmoniser les points de vue des différents acteurs sur la méthode de calcul.

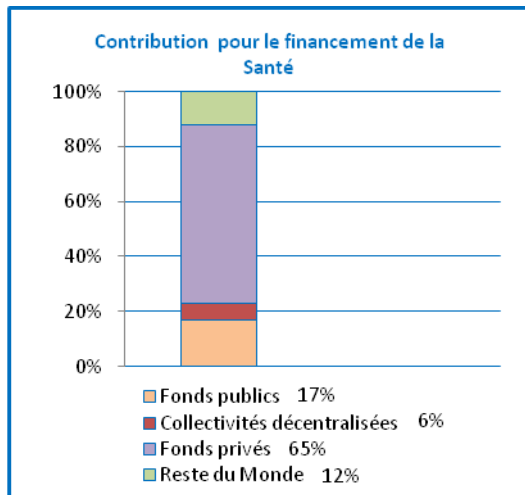
⁹⁷ Le budget dont il était question à Abuja ne prend en compte que le budget consacré à la Santé sans les départements « développement social, et femme-enfant »

⁹⁸ 2006 - MSHP : *Comptes Nationaux de Santé et EDS 2012-2013*

ménages dans le calcul de la part de chaque entité de financement; dans ces conditions, la contribution étatique correspondait en moyenne à la moitié du budget mobilisé pour la santé.

Néanmoins, en prenant en compte toutes les entités de financement y compris les fonds privés, les fonds étatiques représenteraient 17% des dépenses totales, 13% pour le reste du monde), 6% pour les collectivités décentralisées et un peu moins de 60% du total serait supporté par les ménages.

Figure 6. Contribution pour le financement de la santé



Source : Ministère de la Santé : Comptes Nationaux de Santé ; juillet 2006

L'OMS définit la valeur de 60 dollars des Etats Unis (US \$) comme norme concernant les dépenses totales en santé par habitant pouvant assurer un état de santé décent à la population. Cette valeur devrait correspondre au total des dépenses de santé qui est la somme des dépenses de santé publiques et privées en tant que ratio de l'ensemble de la population. Il englobe la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence réservée à la santé mais il exclut la prestation d'eau et de services d'hygiène.⁹⁹ Pour ce qui est du budget étatique, les normes définies sont de 34dollars des Etats- Unis¹⁰⁰.

Concernant les dépenses totales de santé per capita, la norme de 60 US\$ n'est atteinte qu'à 2/3 de sa valeur. Si l'on considère la contribution de l'Etat on peut en conclure que cette part est insuffisante non seulement par rapport à la valeur absolue per capita (moins de la moitié de la norme qui est de US\$ 34) mais aussi par rapport aux autres sources en l'occurrence le financement de la santé par les ménages qui atteint un taux très élevé de 57% d'après les CNS. En ce qui concerne les PTF, leur contribution peut être appréhendée de deux manières comme citées précédemment.

Si l'on se réfère donc aux données issues seulement de la DFM, la contribution des PTF correspond en moyenne au tiers du budget mobilisé pour la santé, et ce depuis les quatre dernières années (excepté en 2012). Mais en prenant en compte la part des ménages dans le

⁹⁹ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PCAP>

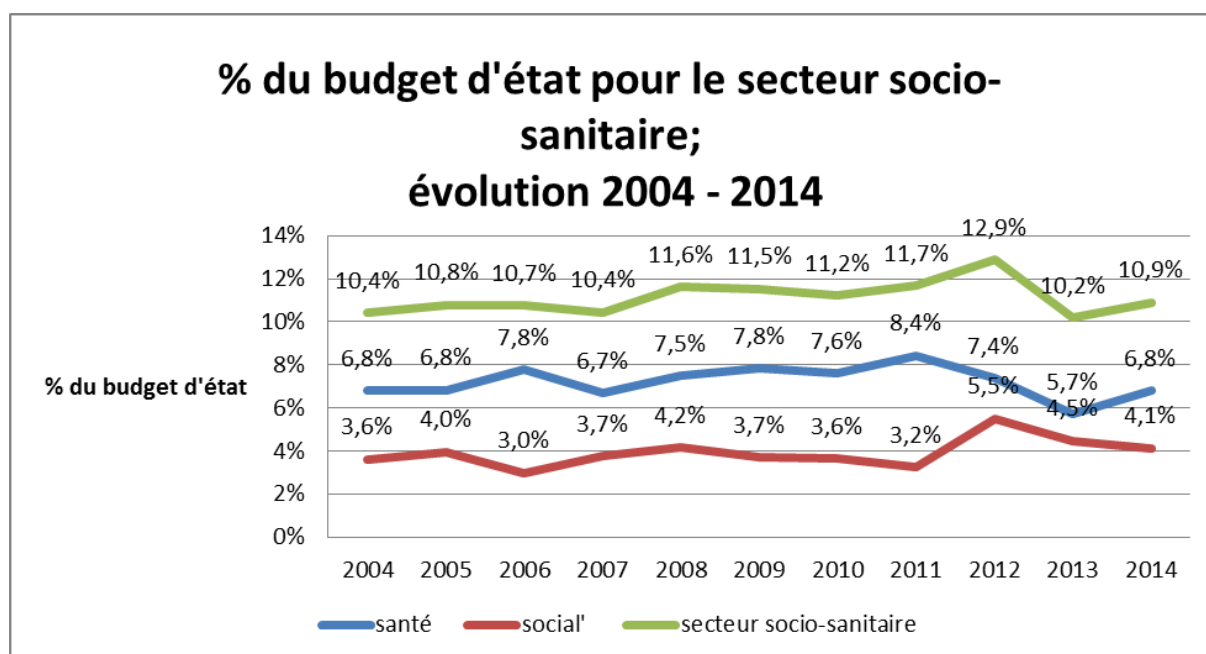
¹⁰⁰ 2006 - Sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le Financement de la Santé en Afrique ABUJA

calcul de la part de chaque entité de financement¹⁰¹¹⁰². Les PTF contribuent à environ 12% du budget total.

Cependant, si l'on prend en compte les budgets consacrés à l'ensemble du secteur socio-sanitaire¹⁰³, l'effort de l'Etat oscille autour de 10 à 12 % du budget de l'Etat. On note que dans la période 2012 à 2014 ce pourcentage a diminué. La crise socio politique pourrait expliquer en partie cette diminution de ressources pour le secteur.

La figure suivante fait ressortir l'effort du financement de l'Etat pour le secteur socio-sanitaire, et les détails pour les fonctions santé et social¹⁰⁴, sur la période 2004 à 2014.

Figure 7. Evolution du budget d'état pour le secteur socio-sanitaire, au Mali (2004-2014)



Source: données de la DGB/MEF

Le pourcentage du budget d'Etat pour le secteur socio-sanitaire s'améliore, en prenant en compte les analyses sur le budget récurrent, au lieu du budget total. L'effort de prévision du budget récurrent du secteur socio sanitaire sur le budget récurrent total de l'Etat est estimé à 19%¹⁰⁵ en 2014.

¹⁰¹ 2011 – Banque Mondiale - La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali Volume 1

¹⁰² 2006 - MSHP : Comptes Nationaux de Santé

¹⁰³ Ce secteur inclut les fonctions santé et social (développement social et femme, enfant et famille). Il faut noter que ces fonctions incluent les dépenses pour la santé faites par les Forces Armées, l'Education, Affaires

¹⁰⁴ La fonction sociale inclut les domaines de développement social, et de la promotion de la famille, femme, enfant, conformément à la structure de présentation des données de la DGB (prenant en compte l'ensemble des dépenses d'Etat pour la santé c'est-à-dire le Ministère de la santé et de l'hygiène publique et les dépenses de santé aux affaires étrangères...)

¹⁰⁵ Données de la DGB/ MEF.

2.4.5.3 Financement de la demande

Un document de Politique de Financement de la Santé a été élaboré en 2013 au Mali. La vision portée par ce document s'énonce comme suit:

« Une société offrant un accès équitable aux services de santé de qualité à tous ses citoyens par la mobilisation de ressources suffisantes et pérennes, utilisées de façon optimale avec la pleine participation de tous les acteurs »¹⁰⁶. L'objectif général visé par la politique est de : « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne et au développement durable du Mali »

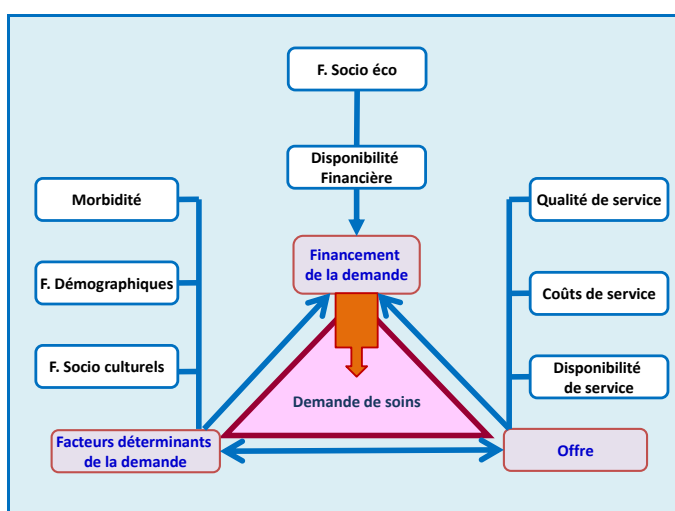
Quatre axes stratégiques ont été définis à savoir :

- (i) Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle;
- (ii) Garantir une meilleure allocation des ressources;
- (iii) Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet; et,
- (iv) Améliorer la gouvernance financière.

Le financement de la demande de soins fait revenir aux déterminants même de cette demande :

- En premier lieu il y a les facteurs qui déterminent la demande de soins, comme (i) les facteurs socio culturels (degré de connaissances, croyances); (ii) les facteurs démographiques comme l'âge ou l'effectif des ménages; et, (iii) la morbidité ou l'état épidémiologique.
- En second lieu on peut parler de l'état de l'offre avec; (i) la disponibilité des services (infrastructures, systèmes et services existants, personnels, distance par rapport au domicile); (ii) le coût de ces services; et, (iii) la qualité de ces services.
- Mais toutes ces particularités convergent vers un concept qui à lui seul détermine la demande de soins : c'est le financement de cette demande.

Figure 8. Place du financement dans la demande de soins



Source : Equipe 'Financement PRODESS-III'

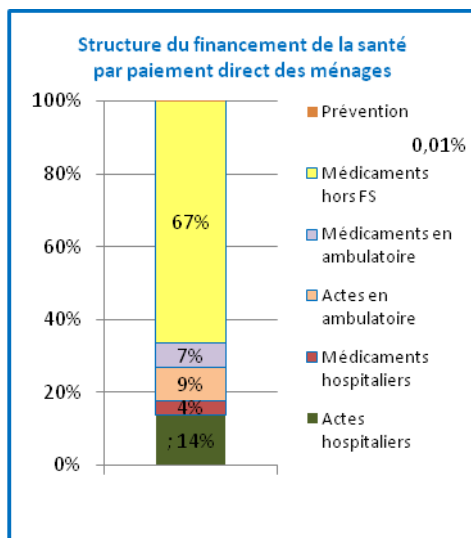
¹⁰⁶ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

Le financement de la santé est assuré par divers acteurs à savoir:

- Les ménages;
- L'Etat;
- Les collectivités territoriales;
- Les PTF.

Concernant les ménages, ils financent la santé à travers le recouvrement des coûts et les institutions de protection sociale; mais le principal mécanisme à travers lequel les ménages contribuent au financement de la santé reste le paiement direct au moment du besoin¹⁰⁷.

Figure 9. Structure du financement de la santé par paiement direct des ménages



Les achats des médicaments représentent plus des $\frac{3}{4}$ des dépenses directes des ménages concernant la santé et une très grande partie de ce coût est lié à l'achat des médicaments hors formations sanitaires dans le cadre de l'automédication ou des ordonnances prescrites par les prestataires dont les pharmacies hospitalières ne disposent pas de ces médicaments¹⁰⁸.

Source : Comptes nationaux de la santé, 2006¹⁰⁹

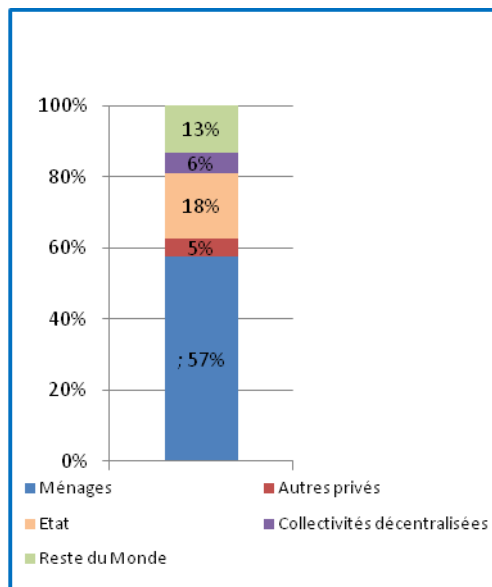
¹⁰⁷ 2006 - MSHP : *Comptes Nationaux de Santé, juillet 2006*

¹⁰⁸ 2011 – Banque Mondiale - La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali Volume 1

¹⁰⁹ Il est prévu de lancer l'élaboration des nouveaux CNS en 2014.

Les comptes nationaux de la santé (CNS) publiés en 2006 pour la période 1999-2004 faisaient déjà ressortir la part prépondérante des ménages dans les dépenses de santé. Ils étaient de loin les premiers contributeurs avec 57% des dépenses de santé¹¹⁰.

Figure 10. Structure du financement de la santé d'après les CNS en 2006



Source : Comptes nationaux de la santé, 2006

L'Etat contribue au financement de la santé par l'offre et la production de services à travers la construction et l'équipement des formations sanitaires, la mise à disposition des ressources humaines aux fins de fourniture de services, le fonctionnement de l'administration sanitaire. Cette contribution est surtout basée sur le financement de l'offre de soins à travers les ressources (inputs).

Par ailleurs, l'Etat finance des programmes développés en vue d'alléger les charges financières des ménages à travers des mécanismes d'exemption totale ou partielle comme les cas d'opérations césariennes, du paludisme chez les enfants de moins de 5ans, et aussi la prise en charge des indigents; à cet effet un régime non-contributif d'assistance médicale est mis en place au bénéfice des indigents et des plus démunis à hauteur de 5% de la population.

Les collectivités territoriales sont responsabilisées pour mobiliser les ressources nécessaires à injecter pour le financement des plans locaux de développement sanitaire. Jusqu'à présent, l'essentiel du financement des collectivités va à la réalisation d'infrastructure presque exclusivement au niveau périphérique telle que la construction de CCom. Cependant les sommes mobilisées par les collectivités territoriales dans la santé demeurent très faibles (moins de 3% en 2011)¹¹¹.

¹¹⁰ 2006 - MSHP : *Comptes Nationaux de Santé*

¹¹¹ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

Des accords de financement avec les PTF sont établis suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel. Cependant, certains flux financiers échappent au contrôle des Ministères et donc aux comptes globaux du financement de la santé.

Néanmoins à partir de 2008 à la suite à la Réunion interrégionale des équipes du secteur national de la santé tenue à Lusaka dans le cadre de l'International HealthPartnership (IHP+) et suite à l'initiative Harmonization for Health in Africa (HHA), le Mali avait entamé un processus de dialogue actif avec les partenaires intervenant dans la santé qui a abouti en 2009 à un accord appelé « COMPACT¹¹² ».

Les responsables politiques ont fait le constat que le « système de santé » génère par lui-même beaucoup d'inefficience dans l'utilisation des ressources et favorise l'iniquité à la fois dans le financement et dans l'accès aux soins de santé.¹¹³

La question qui se pose est « Comment le système de santé peut-t-il mieux faire ? » Une des pistes pour l'avenir serait l'instauration d'un « Financement basé sur la Performance »

Le FBP est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Il consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs définis préalablement. Il a pour objectif de s'assurer que les décisions de financement reposent sur une évaluation transparente des résultats par rapport aux cibles assorties d'échéance.

Dans le cadre du FBP une expérience pilote est menée au Mali et une mise à l'échelle pourrait être proposée dans le PRODESS au regard des résultats probants rapportés par les responsables du projet pilote.¹¹⁴ Le Ministère néerlandais des Affaires étrangères, l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Mali, Institut Royale des Tropiques (IRT/KIT), SNV et le MSHP financent ce programme.

2.4.6 Gouvernance

2.4.6.1 Gouvernance du secteur

2.4.6.1.1 Cycle de Planification

Il y a deux niveaux de planification du PRODESS:

- (i) La *planification stratégique*. Elle se concrétise à travers le PDDSS, les PRODESS et les plans stratégiques; et,
- (ii) La *planification annuelle*. Il s'agit des PO qui sont réalisés de façon ascendante de bas en haut à partir des activités des PO proposées par le niveau périphérique. Chaque service élabore son PO. L'objectif visé est l'évaluation de la mise en œuvre des activités de l'année N-1 et la détermination des activités à réaliser au cours de

¹¹² Le « COMPACT » est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement du Mali et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD.

¹¹³ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

¹¹⁴ RÉUNION Equipe « Budgétisation et Financement » pour élaboration Plan quinquennal 2014-2018 avec Equipe PROJET: Dr B. Koné, Mr D. Dao, Dr Jurrien Toonen (Salle Réunion SNV MALI) 22 janvier 2014

l'année n+1. Il s'agit d'un processus participatif où les besoins sont recensés depuis les CSCoM vers les districts de santé, puis les régions, puis le niveau central.

Les principaux *points forts du processus de planification* sont les suivants:

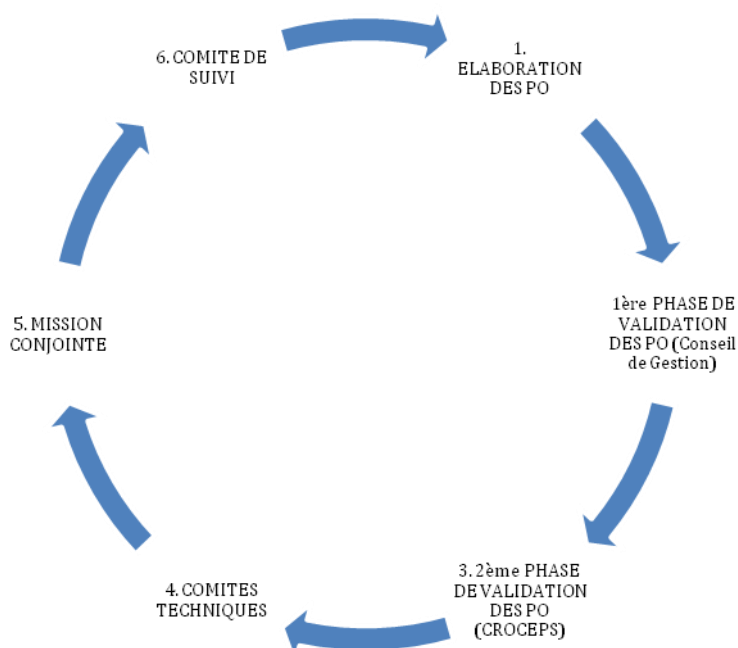
- Processus participatif impliquant tous les acteurs dont les représentants du Ministère des Finances;
- Principe GAR appliqué à tous les niveaux;
- Disponibilité d'outils de planification performants; et,
- Processus itératif.

Cependant, le processus de planification connaît aussi certaines difficultés qui sont :

- L'incertitude des informations au moment de l'élaboration des PO; non prévisibilité des enveloppes annuelles des sources de financement, surtout des PTF;
- Le retard ou manque d'intérêt des hôpitaux notamment pour l'élaboration des projets d'établissement;
- La faible capacité de planification de certaines équipes de région ou de district et ou non maîtrise des outils de planification;
- Les dysfonctionnements dans la planification; le manque de cohérence entre les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC) et les PO;
- Les difficultés d'application des rôles et responsabilités au moment de la validation des plans et programmes par les élus (dans le décret 02-314) et par les comités pour assurer l'orientation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PRODESS (dans le décret 01-115);
- La Correction finale du PO est effectuée par le niveau central après la réunion du comité de suivi sans l'avis du niveau opérationnel. Ainsi, l'arbitrage budgétaire final échappe aux responsables du niveau opérationnel et renforce le centralisme.

Chaque année un calendrier harmonisé de programmation et de concertation est élaboré et validé par le comité de suivi. Les étapes de ce *cycle de planification* sont les suivantes :

Figure 11. Cycle de planification du PRODESS



Etape 1; Elaboration des PO (n+1)

Toutes les structures élaborent leur PO avant le mois de mars. Le processus commence par :

- Révision et transfert des outils de planification aux structures
- Transmission du cadrage financier aux structures
- Elaboration des PO par les équipes techniques des structures (tous niveaux)

Etape 2. Validation des PO des structures.

Pour les districts sanitaires, elle se fait au cours de la réunion du Conseil de Gestion. L'équipe du DS soumet à l'examen et validation son projet de PO. Pour les établissements personnalisés, la validation se fait au cours des conseils d'administration

Etape 3 Consolidation et validation des PO

Il s'agit des POs des districts sanitaires et des directions régionales lors de la réunion du CROCEP; Validation des PO des services centraux et des établissements personnalisés lors des journées Nationales d'évaluation des structures centrales (JNESC)

Etape 4 Comité Technique (CT).

Les réunions du CT sont théoriquement trimestrielles, mais en pratique, elles se tiennent une ou deux fois par an, suite aux recommandations pour alléger ce processus

Etape 5 La mission conjointe de suivi.

Elle assure le suivi de la mise en œuvre sur le terrain du PO annuel et ses conclusions sont importantes pour le comité technique et le comité de suivi

Etape 6 Comité de suivi.

La réunion du comité de suivi marque la fin du processus de planification. La réunion valide des différents PO et rapports, donne des orientations sur la mise en œuvre

Pendant le PRODESS-III, une attention particulière sera accordée aux pistes suivantes :

- Renforcer la capacité en planification des équipes des régions et des districts ;
- Créer un poste de planification au niveau des districts ;
- Elaborer les PO en se basant sur la contribution du service à l'atteinte des résultats stratégiques ;
- Renforcer les capacités de la CPS (effectif, formation moyens financiers) ;
- Renforcer l'autorité de la CPS pour lui permettre de faire respecter le calendrier validé, d'assurer la cohérence des PO et des plans quinquennaux, projets d'établissements ; et,
- Lier la dotation budgétaire des structures à la production des rapports d'activités et des PO validés et des rapports trimestriels du système d'information pour les services concernés

2.4.6.1.2 Mise en œuvre; suivi et évaluation

Le PRODESS a développé un cadre permettant d'inclure l'ensemble des acteurs dans la mise en œuvre des interventions socio sanitaires. Il s'agit d'un cadre de partenariat pour la mise en œuvre harmonisée des interventions.

Après la validation des Plans Opérationnels (PO) lors de la réunion du Comité de Suivi, la mise en œuvre des interventions passe par les étapes suivantes pour les structures publiques¹¹⁵ :

- Exécution suivant le service fait sauf pour certaines types d'activités (missions, ateliers ...);
- Ouverture des crédits par le Ministère des finances qui se fait trimestriellement;
- Elaboration et envoi des requêtes par les structures;
- Mise à disposition des fonds aux structures;
- Réalisation des activités proprement dites;

Les activités programmées sont extraites des PO annuels, eux-mêmes tirés des plans des districts sanitaires ou des projets d'établissement (PE). Les réalisations sont liées en grande partie à la mobilisation des fonds.

Le suivi de la mise en œuvre se fait à travers :

- La tenue des assises des organes de pilotage : comité de suivi, comité technique, CROCEP, conseil de gestion de district de santé (voir chapitre suivi);
- La réalisation de la mission conjointe de suivi (Gouvernement-partenaires) du PRODESS. Il s'agit d'une visite de terrain, préparée et réalisée conjointement pour apprécier sur le terrain l'évolution de la mise en œuvre du programme annuel. La mission visite chaque année deux régions, dans chaque région deux cercles/districts sanitaires et dans chaque cercle/district deux communes. Les conclusions de ces missions sont versées dans le dossier du comité technique;
- L'exploitation des données du Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Social (SD SNISS). Il s'agit des rapports trimestriels, des annuaires statistiques et autres bulletins. Le suivi est réalisé à travers l'exploitation de ces documents.

L'analyse de la mise en œuvre révèle certains points forts, ainsi que certaines difficultés :

¹¹⁵NB; Les salaires et le crédit de fonctionnement ne font pas l'objet de requête, ils sont simplement notifiés

Points forts :

- Un taux de réalisation des activités élevé;
- L'existence de partenariat avec certaines ONG et Associations;
- La production régulière des rapports et annuaires.

Difficultés :

- Le retard dans la mise à disposition des fonds de certains partenaires;
- La réalisation des activités non planifiées au dépend de celles planifiées;
- Le non-respect des critères d'allocation des ressources;
- La priorisation des activités financées par certains partenaires; et,
- Le cadrage financier est fait après la validation des PO des Cercles en conseil de gestion.

Pour le PRODESS-III, certaines pistes de solutions seront pertinentes, telles que :

(i) Respecter les critères pour le choix des interventions prioritaires. Il s'agit des critères suivants;

- La pertinence, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'intervention contribue à résoudre un problème jugé prioritaire dans le PRODESS;
- La capacité de l'intervention à influencer ou à améliorer un ou plusieurs indicateurs clés du PRODESS;
- La non réalisation de l'intervention affecte négativement un ou plusieurs indicateurs clés du PRODESS ; et,
- L'élaboration d'un nouveau manuel de procédures et de gestion et les outils de planification permettront de donner davantage de détails sur les contours de cette priorisation.

(ii) Accorder la priorité aux activités planifiées. Il arrive souvent que la mise en œuvre du PO soit perturbée par des activités non planifiées qui sont proposées par certains partenaires. Certes, Nous devons tenir compte de nouvelles initiatives ou stratégies développées au niveau international. Elles ne doivent pas pour autant perturber la mise en œuvre du PO adopté. L'équipe doit réviser le PO pour prendre en compte autant que possible des activités nouvelles essentielles.

(iii) Réviser le SD-SNIS. Avec le troisième département, ceci devient une nécessité. L'élaboration du PRODESS-III offre l'opportunité. La révision portera sur l'élargissement du SD SNISS avec la création des sous-systèmes Promotion de la famille, Ressources Humaines, Médicaments et Pharmacie etc... Les outils de collecte seront également révisés. Le système sera informatisé pour faciliter la transmission et l'analyse des données.

2.4.6.1.3 Suivi et Evaluation

Les organes de pilotage du PRODESS constituent aussi des cadres de concertation, d'échange et de suivi de la mise en œuvre. Il s'agit :

(i) Au niveau central; le Comité Technique et le Comité de Suivi.

Le *Comité Technique* est co-présidé par les secrétaires généraux des trois Ministères. Il est composé des représentants des secrétariats généraux, services centraux et des directions régionales de la santé et du développement social, des représentants des Ministères concernés, des PTF les représentants de la société civile et du secteur privé : le Comité Technique prépare les sessions du Comité de Suivi. Les sessions du Comité Technique (CT) examinent et valident les rapports d'activité et le bilan financier de l'année n-1 des directions centrales, régionales, des services rattachés et personnalisés. L'évolution des indicateurs du cadre commun est analysée. La session du mois de mai permet de renseigner les indicateurs du CSCR.

Le *Comité de Suivi* est co-présidé par les Ministres du secteur, il est composé des représentants des secrétariats généraux, des chefs des services centraux, des représentants des Ministères concernés, des PTF des représentants de la société civile et du secteur privé: Le Comité de Suivi a en charge l'approbation de tous les actes relatifs au PRODESS et la prise des décisions y afférentes. Il valide les rapports d'activités, les PO des différentes structures, donne des orientations pour la mise en œuvre des interventions.

(ii) Au niveau Régional, l'organe de pilotage et de concertation du PRODESS est le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP).

Le CROCEP est présidé par le représentant du gouverneur de région, les membres sont constitués par les représentants de la collectivité décentralisée de la région, des services déconcentrés des secteurs de la santé, de la promotion de la famille, et de l'action sociale, des structures de santé privées ou confessionnelles, des ONG et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale, des syndicats des secteurs du secteur et de la société civile.

(iii) Niveau opérationnel. Les organes de pilotage sont: Au premier échelon (CSCoM), le conseil d'administration composé des membres de l'ASACO, des représentants de l'administration locale, de la commune, du CSCoM et du CSRéf,

Au deuxième échelon, le *conseil de gestion du DS* qui regroupe des représentants de la collectivité décentralisée du cercle, de la commune, l'administration territoriale, des services déconcentrés des secteurs de la santé, de la promotion de la famille, de l'action sociale, et de la société civile et des PTF du secteur.

(iv) En plus de ces organes existent d'autres cadres plus ou moins formels de concertation :

- Le comité de pilotage du PRODESS. Présidé par les secrétaires généraux, il est composé des principaux services centraux intervenant dans le PRODESS, les PTF, les représentants de la société civile. Entre deux sessions du comité technique, le comité de pilotage statue sur toutes questions relatives à la mise en œuvre du PRODESS. Il donne des avis, prend des décisions et donne des instructions. Il statue ainsi sur les plans stratégiques des programmes et sur les nouveaux programmes.
- Les groupes thématiques, Il est mis en place douze groupes thématiques (Arrêté Interministériel 2011-4225/MS/MDSSPA/MPFEF-SG du 19 octobre 2011; voir aussi annexe) portant sur des thèmes prioritaires : nutrition, Santé de la Reproduction, médicaments, finances. Les groupes sont co-présidés par le directeur du principal service concerné par le thème et le représentant des PTF du domaine (désigné par les PTF eux-mêmes). Le but visé par les groupes thématiques est d'aider le service concerné dans la mise en œuvre des activités. Les groupes réfléchissent sur des questions spécifiques et

apportent leurs inputs à l'analyse, à la compréhension et à la résolution des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du PRODESS. Les groupes constituent également des cadres pour une mise en cohérence et une harmonisation des stratégies et des interventions sur des thématiques précises. La présence de tous les PTF intervenant sur le thème permet une certaine clarté dans la répartition des zones d'intervention et éviter des doubles emplois.

- Comité de pilotage ou de suivi de certains programmes. La politique sectorielle de santé est basée sur l'approche programme. Malgré l'adhésion de l'ensemble des partenaires à la déclaration de Paris sur l'aide et la signature du Compact, certains partenaires développent des programmes spécifiques et souhaitent la mise en place d'un comité de suivi ou de pilotage de ce programme. Le comité de pilotage autorise cela parfois en demandant qu'un compte rendu lui soit fait.
- Comités paritaires ou tripartites de suivi de certains programmes. Il s'agit généralement d'organe de coopération bilatérale ou tripartite entre le Ministère de santé et le Ministère d'un autre pays ou les Ministères de la santé de trois pays.

Ces instances permettent aux parties prenantes de participer dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans et programmes socio-sanitaires.

De l'analyse du fonctionnement de ces organes il ressort les difficultés suivantes :

Comité technique:

- Insuffisance dans la préparation des réunions; retard dans l'envoi des documents de travail, très souvent remis en salle pour certains services, non disponibilité des ressources entraînant des reports préjudiciables au suivi efficace des programmes;
- L'analyse des problèmes n'est pas suffisamment approfondie pour faciliter la prise de décision par le Comité de Suivi;
- Le rythme et la périodicité des réunions fixés dans le décret 01-115 (rencontres trimestrielles) se sont avérés trop élevés et n'est pas respecté; et,
- La faible capacité de pilotage et de coordination du Comité technique entrave souvent une prise de décision concrète et entraîne certaines situations de dysfonctionnement du système.

CROCEP. Les problèmes sont:

- L'insuffisance/absence d'analyse approfondie des problèmes décrits dans les rapports;
- La formulation des propositions non réalistes (ambitieuses); et,
- La faible contribution aux discussions de certains participants.

Conseil de gestion. Les problèmes sont :

- Les réunions ne se tiennent pas de façon régulière en raison du manque d'intérêt de certains acteurs locaux;
- La préparation des documents du conseil ne se fait pas suivant une approche participative;
- La pertinence du rythme bi annuel est mise en cause; et,

- L'insuffisance de collaboration entre le département technique, l'administration territoriale et la société civile est aussi souvent décriée.

Le PRODESS-III accordera une attention particulière aux pistes suivantes :

- Créer une Unité ou département de planification et de statistique au sein des hôpitaux et des districts sanitaires les doter de moyens (humains, matériel) adéquats ;
- Sensibiliser les producteurs de données pour le respect des délais de transmission ;
- Sanctionner les manquements et engager la responsabilité des chefs de services pour la production régulière des différents rapports ;
- Mise à jour régulière du niveau des acteurs en planification (identification, formulation et analyse des problèmes) ;
- Accorder plus d'importance à la préparation des sessions des organes de pilotage : impliquer tous les acteurs, valider à l'interne les rapports avant les sessions ;
- Réduire le nombre de participants (se conformer aux textes) lors des sessions organes de pilotage ; et,
- Traduire les recommandations du comité technique et du comité de suivi sous forme d'instructions adresser aux services concernés.

2.4.6.2 Gouvernance locale

Les événements du 26 mars 1991 ainsi que l'avènement de la 3^{ème} République ont permis l'émergence au Mali d'un régime démocratique et d'un Etat de droit. La décentralisation intervenue au Mali depuis lors, s'est traduite par la reconnaissance par l'Etat d'autres personnes morales de droit public, les collectivités locales, qui ont un pouvoir de décision et d'exécution dans des domaines définis par la loi. Autrement dit, l'Etat accorde à ces entités juridiquement reconnues l'autonomie financière et l'autonomie de gestion, garantes de la gouvernance locale, dans des conditions prévues par la loi. Ainsi elles devraient prendre en compte des programmes d'intervention sociale au niveau de leurs ressorts territoriaux respectifs.

Ainsi des structures gouvernementales appelées Cellules d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD) ont commencé à voir le jour, pour apporter une expertise aux différents départements ministériels dans le transfert des compétences et des ressources aux collectivités. Les CADD des secteurs de l'hydraulique et de l'éducation ont été les précurseurs en la matière. En 2007, on assista à la mise en place de celle du Ministère de la Santé. La dynamique de création des CADD s'est renforcée par la lettre d'Instruction n° 08-0003/P-RM du 21 novembre 2008 du Premier Ministre relative à la mise en œuvre des transferts des compétences et des ressources aux Collectivités Territoriales et a conduit les départements du Développement Social et de la Promotion de la Femme à créer leur CADD¹¹⁶ en 2009.

En 2012 le Département de la Santé a transféré aux structures décentralisées du secteur un montant de 3.919.000.000 F CFA soit 7,3% de son budget¹¹⁷.

¹¹⁶ Une option à considérer est de faire fusionner les CADD existantes dans une seule CADD pour e secteur.

¹¹⁷Réf.DFM/Santé

De nombreux textes sur la décentralisation du Secteur Santé/Développement Social/promotion de la Femme, Famille et Enfant ont été adoptés dont:

- le Décret n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales des niveaux « COMMUNE » et « CERCLE » en matière de Santé;
- le Décret n° 2013-711/P-RM du 2 septembre 2013 portant modification du Décret n° 05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaire;
- le Décret n° 2012-082/P-RM du 08 février 2012 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière de Développement Social de la Protection Sociale et d'Economie Solidaire.

Le décret de transfert des détails des compétences en matière de développement social cité plus haut, intègre les trois niveaux de décentralisation qui sont les Collectivités Territoriales commune, cercle et région. Parmi ces détails des compétences transférées par niveau, nous pouvons citer :

Pour la commune :

- L'élaboration et la mise en œuvre des programmes communaux de protection sociale, d'économie solidaire et de promotion des populations notamment en matière de mutuelles, de sociétés coopératives, d'aide sociale, de secours, de mobilisation sociale, de réadaptation à base communautaire (RBC) et de lutte contre la mendicité ;
- L'élaboration et la mise en œuvre des programmes communaux de prise en charge des groupes vulnérables notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des femmes seules chargées de famille sans ressources, des enfants en situation difficile, des personnes victimes de catastrophes naturelles, des personnes déplacées ou rapatriées en situation difficile ;
- La promotion du partenariat entre tous les intervenants dans le domaine du développement social, de la protection sociale et de l'économie solidaire.

Pour le cercle :

- L'élaboration et la mise en œuvre des projets et programmes locaux de la protection sociale et de promotion des populations;
- L'élaboration et la mise en œuvre des programmes de mobilisation sociale;
- La constitution d'une banque de données dans le domaine du développement social, de la protection sociale et de l'économie solidaire.

Pour la région :

- L'élaboration et la mise en œuvre des projets et programmes régionaux de protection sociale et de promotion des populations;
- La réalisation d'études et de recherches dans le domaine du développement social, de la protection sociale et de l'économie solidaire;
- La promotion du partenariat entre tous les intervenants dans le domaine de la solidarité et de la protection sociale.

Les points forts dans la décentralisation du secteur sont les suivants :

- L'existence de décrets de transfert des détails de compétences de l'Etat aux Collectivités Territoriales (santé/développement social) ;
- L'effectivité du transfert des compétences aux niveaux cercle et commune en matière de Santé ;
- L'expérimentation de 18 Centres Communaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire (CCDSES)¹¹⁸ dans la région de Ségou et le cercle de Yorosso (région de Sikasso) ;
- La prise en compte des aspects de santé dans les programmes de développement (PDSEC) des communes et cercles ;
- L'accompagnement des partenaires dans le domaine santé.

Quant aux limites, elles se résument en ces points :

- Le retard dans la validation du décret de transfert des détails des compétences en matière de la Promotion de la Femme, Famille et Enfant, du décret d'opérationnalisation des CCDSES et des plans triennaux de transfert des compétences et ressources et de déconcentration du MSAHRN ;
- La faiblesse des capacités techniques, matérielles et financières des CADD;
- L'absence de ligne budgétaire pour les CADD du Développement Social et de la Promotion de la Femme ;
- L'absence de partenaires stratégiques pour les CADD du MSAHRN et du MFEF.

La résolution de ces problèmes dans le PRODESS-III contribuera à davantage asseoir la décentralisation du secteur sanitaire et social.

La gouvernance locale a commencé dans le secteur de la santé avec l'avènement des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) avant la décentralisation administrative. Les CSCOM sont des structures de proximité de santé implantés dans les aires de santé définies par une carte sanitaire officielle de la circonscription administrative en question et par la volonté des populations de cette aire et gérés par des Associations de Santé Communautaires (ASACO) dont les organes de gestion sont démocratiquement mis en place.

Ces ASACO regroupés en faïtières par niveau de découpage administratif (FELASCOM, FERASCOM et FENASCOM), servent d'interface d'une part entre l'Etat et les collectivités et d'autre part entre les collectivités et les communautés. La gestion des CSCOM est un véritable cas de gouvernance dans la mesure où elle met en synergie d'actions la communauté, la société civile et la municipalité par une Convention d'Assistance Mutuelle (CAM). Cette implication des communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé, a favorisé la priorisation de cet aspect de concert avec les collectivités accompagnées de l'appui conseil de la tutelle technique. Depuis cette priorité intègre les PDSEC des collectivités.

¹¹⁸Le CCDSES se définit comme : « un service des collectivités territoriales créé par arrêté du président de l'organe exécutif après délibération du conseil communal et approbation de l'autorité de tutelle. Il a vocation d'assurer le service public en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire sur le territoire de la commune, pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de pauvreté, d'exclusion et d'organisation sociale et solidaire des populations de ladite commune à travers la fourniture du Paquet Minimum d'Activités Sociales (PMAS) » .

Au-delà du rapprochement des soins et médicaments, les réflexions ont porté sur l'organisation des références / évacuations du CSCOM au CSRéf. Afin que tout le monde puisse bénéficier de cette opportunité malgré le faible niveau des revenus, un système de solidarité a été mis en place à travers une caisse de solidarité. Cette caisse de solidarité dédiée à la référence (CSCOM-CSRéf) subsiste très difficilement faute d'être alimentée convenablement par les cotisations (voir aussi ci-haut; système de référence).

A la date d'aujourd'hui, on dénombre 1134 ASACO/CSCOM¹¹⁹. Les associations de santé communautaire, gestionnaires des CSCOM (dont 312 médicalisés), sont régies par les textes suivants :

- La déclaration de Politique Générale de la FENASCOM corrigée en 2013;
- Les statuts et Règlement Intérieur modèles élaborés en fin 2013;
- La Convention d'Assistance Mutuelle (CAM);
- Les Statuts de la FENASCOM corrigés en 2013.

Les points forts sont les suivants :

- L'extension rapide de la couverture sanitaire;
- Le rapprochement des soins de santé et des médicaments à moindre coût des populations;
- La participation responsable des communautés à la gestion des CSCOM;
- La gouvernance autour de la gestion des problèmes prioritaires de la santé, etc.

Les problèmes rencontrés sont les suivants :

- Le faible niveau du plateau technique aujourd'hui des CSCOM face à une population galopante et de plus en plus exigeante ;
- Le faible niveau de réhabilitation des anciens CSCOM ;
- Les cotisations devant constituer le fonds de solidarité sont de plus en plus aléatoires;
- L'inexistence d'un dispositif de transport de la parturiente et ou du malade du village au CSCOM ;
- La création anarchique des CSCOM et autres structures de santé au niveau communautaire (dispensaire, maternité rurale...);
- L'inadaptation de la carte sanitaire aux réalités actuelles (démographie galopante, plus grand besoin de rapprochement des services...).

La décentralisation, illustrée ici par les CSCOM, est une opportunité sûre pour le PRODESS d'atteindre ses objectifs dans la mesure où elle confère aux collectivités :

- La reconnaissance de la personnalité juridique permettant à la commune de s'autogérer, d'ester en justice. Elle présuppose la reconnaissance d'affaires propres ;
- L'existence d'autorités distinctes de celles de l'Etat, généralement élues selon des modalités définies par le code électoral ;
- L'autonomie financière, c'est à dire la faculté de mobilisation et de maîtrise des ressources nécessaires au développement de la collectivité territoriale.

Toutes choses qui prouvent à suffisance la participation responsable de tous les acteurs (Etat, collectivités, société civile, partenaires), la gouvernance dans les actions de développement et surtout une appropriation par les collectivités de leurs questions de

¹¹⁹Source d'information: FENASCOM

développement (notamment en matière socio-sanitaire) diminuant du coup les charges de l'Etat.

La résolution des problèmes en matière de Décentralisation, de CSCOM et D'ASACO, passera par les interventions suivantes:

- Renforcer les capacités techniques et financières des CADD ;
- Créer des unités fonctionnelles dans la loi des finances pour les CADD;
- Organiser des rencontres de dissémination avec les collectivités sur le Décret 2012-082 du 8 Février 2012 (Décret portant sur le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités en matière de développement social) ;
- Organiser des sessions de formation sur des thématiques relatives au fonctionnement et à la vie associative des ASACO ;
- Renforcer la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre les collectivités territoriales et les ASACO ;
- Relire et systématiser l'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom.

3. PRODESS - III

3.1 Objectifs et Résultats Attendus.

Le PRODESS-III suit la vision et les orientations stratégiques du PDDSS 2014-2023. Le PDDSS inclut 35 indicateurs / cibles 2023¹²⁰, pour :

- La réduction de la mortalité (néonatale; infantile; infanto-juvénile; maternelle);
- La réduction de la morbidité (état nutritionnel chez les enfants et les femmes en âge de procréer; paludisme; VIH/SIDA; maladies chroniques non-transmissibles – HTA, diabète; carie dentaire);
- La disponibilité et utilisation des services de santé de base (couverture géographique; taux d'utilisation per capita par an);
- La disponibilité des intrants (taux de ruptures de stock; coûts des ordonnances);
- La disponibilité des ressources humaines – et écarts entre la moyenne nationale et les régions moins favorisées;
- Certains 'outputs des services de santé (CPN-3; couverture vaccinale DTCP3 / VAR; accouchements assistés; PF;
- Couvertures préventives (utilisation moustiquaires imprégnées par les enfants et les femmes enceintes; couverture latrines);
- La participation des femmes dans les ASACO et organes de gestion;
- La disponibilité / enveloppe du budget d'état pour la santé; disponibilité des ressources financières pour les zones les plus pauvres; moyens pour les crises et catastrophes; et,
- La couverture des populations couvertes par des systèmes de prépaiement / mutuelles / AM.

Le PRODESS-III utilisera ces 35 indicateurs pour le '*Cadre Commun*'. Ce cadre permettra de suivre la performance du PRODESS, à travers les revues annuelles (voir chapitre 5 ci-dessous, et annexe 11) et des revues à mi-terme.

De plus, chaque composante du PRODESS-III – 'santé', 'social' 'PFFE' – inclut certaines interventions prioritaires. Ces interventions ont été identifiées lors de la phase de formulation du plan, tout en considérant : les plans régionaux consolidés, sur la base des plans des Districts Sanitaires; les plans nationaux élaborés par les 'structures centrales' (hôpitaux centraux; services rattachés; DNS; DPM; autres). L'annexe 2 montre les interventions prioritaires / activités prioritaires, par composante, y compris les indicateurs définis (de nouveau), par Résultat Attendu (la 'longue liste' des indicateurs opérationnels¹²¹).

La section 5.3 ci-dessous décrit de façon synthétique le contenu des activités prioritaires *pour chacune des 3 composantes* (résumé en annexe 2), ainsi que les ambitions du PRODESS-III pour 2018).

L'esprit du PRODESS-III – le 'focus' – est résumé dans la section 5.2.; le plan mettra un accent particulier à certains (onze – 11) *thèmes transversaux et prioritaires*. Dans le processus de

¹²⁰Voir Annexe 11

¹²¹encore à revoir après la validation du document de PRODESS : définitions des indicateurs; sources de vérification; cibles annuels.

prise de décision sur l'utilisation des ressources limitées (voir aussi ci-dessous : gestion des gaps), il est important de considérer ces thèmes. De plus, il est important d'analyser ces thèmes dans le processus de suivi et évaluation, par exemple pendant les évaluations annuelles et la revue à mi-terme du PRODESS-III (voir ci-dessous : mise en œuvre).

3.2 Thèmes transversaux

3.2.1 Synergie, mission et attributions des 3 départements de tutelle

La mise en œuvre des PRODESS-I, II et PRODESS II- prolongé a révélé de nombreuses insuffisances dans la recherche de la synergie dans les interventions. Avec le PRODESS-I, malgré l'appartenance à un même département et l'existence d'un seul document, la collaboration n'a pas été optimale. Chaque partie s'est concentrée sur son rôle sans se soucier de ce qu'il peut apporter à l'autre, créant un cloisonnement préjudiciable. Les PRODESS-II et PRODESS-II/prolongé ont épousé la forme administrative avec un programme à deux composantes, soit une composante par département (sociale et sanitaire). Cette approche a accentué le cloisonnement, même si par ailleurs les deux départements ont en commun la structure de planification la CPS du secteur. Avec l'arrivée d'un troisième département, le problème risque de s'accroître si rien n'est fait.

Quelle piste à parcourir pour le PRODESS-III?

Le PDDSS (2014-2023) avec ses 11 OS et ses 62¹²² RS est un atout pour créer la complémentarité et la synergie entre les 3 départements. De même, l'existence d'une CPS unique et d'une DRH unique pour les 3 départements facilite également la collaboration. Les trois départements ont des cibles prioritaires communes d'intervention. L'analyse de leurs rôles et missions montre des points de collaboration et complémentarité (comme on peut le constater dans le tableau ci-joint en annexe). Le PRODESS-III doit mettre l'accent sur les activités qui ont un lien direct avec l'état de santé et de bien-être des populations. Il s'agira principalement de: (i) le MSAHRN : l'approche communautaire, la mobilisation sociale pour la demande de santé, l'AMO, le RAMED, et autres types d'assistance aux indigents et démunis, le renforcement de la Mutualité sociale, des sociétés coopératives et des Associations faitières de bienfaisance, l'insertion socioéconomique des personnes handicapées, des enfants de la rue, des femmes en situation difficile, des personnes âgées etc. ; et, (ii) le MPFEF : la prise en compte du genre et de l'équité, la veille pour la mobilisation sociale en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les Violences faites aux femmes et aux enfants, la lutte contre l'exploitation des enfants.

Le renforcement de la synergie et de la complémentarité se fera à travers : la planification et le financement centrés sur les résultats escomptés du secteur socio-sanitaire; la définition de critères et indicateurs d'intégration/collaboration dans les systèmes de suivi et évaluation; et, le renforcement des organes de gestion existants du PRODESS.

Dans la section ci-dessous sur la 'mise en œuvre', des mécanismes de collaboration entre les 3 départements à tous les niveaux sont proposés.

¹²²Il y aura 63 RS dans le PRODESS-III: après la dernière version du PDDSS, la DPM a proposé d'ajouter RS10, sous OS7, concernant l'usage rationnel des médicaments.

3.2.2 Réglementation du secteur

Dans un environnement d'économie libre, avec un secteur privé qui continue à s'accroître, il est indispensable que l'état renforce ses mécanismes d'inspection et de contrôle. Actuellement, dans le secteur socio-sanitaire, l'état ne joue pas suffisamment ce rôle. De même dans le sous-secteur pharmaceutique, les normes et standards, si ils sont déjà définis, ne sont pas respectés, ni suivis par les autorités. Cette situation est assez inquiétante, et peut provoquer des problèmes graves de santé. Par exemple, la qualité des médicaments au marché; informel n'est guère contrôlée. Il faut signaler une prolifération de la vente illicite des médicaments et produits pharmaceutiques de toute nature qui touche les médicaments falsifiés. Les textes réglementaires sont insuffisants d'où la nécessité de leur révision.

La qualité des services de santé privés n'est pas régulièrement contrôlée. Cet état de fait est dû à la faible capacité des autorités de réglementation et d'inspection. L'agenda du PRODESS-III est donc de renforcer les autorités d'inspection et de contrôle, dans le secteur socio-sanitaire.

De plus, le PRODESS-III mettra un accent particulier sur d'autres aspects de réglementation, par exemple de mieux définir les normes et standards pour les services, y compris le développement de l'accréditation des services publics et privés.

Les stratégies préconisées dans le PRODESS I et II et II prolongé pour améliorer la qualité des soins n'ont pas permis d'atteindre le niveau de qualité souhaitée. Pour y parvenir, le PRODESS III développera une stratégie nationale d'amélioration de la qualité des soins, structurée autour de deux axes complémentaires : l'assurance qualité et l'accréditation. Ainsi il serait mis en place un système d'accréditation qui permettra d'une part de motiver le personnel et d'autre part d'instaurer une émulation entre les établissements de santé du pays qu'ils soient publics et privés.

Avec l'ouverture d'établissements en charge de l'enfance et de l'adolescence, de personnes en situation de handicap, et prochainement de femmes en situation difficile et de personnes âgées nécessiteuses, il serait temps qu'on réfléchisse à des réglementations idoines en la matière.

Face à la forte mobilisation autour du régime de l'AMO et de celui du RAMED dans les années à venir, on devrait également mieux étoffer la réglementation relative à ces dispositifs. Il est important de mettre davantage de rigueur dans l'application des textes existantes afin d'endiguer la fraude naissante autour de la gestion de ces deux régimes.

3.2.3 Médicaments et autres produits médicaux

Tout programme de santé est bâti sur la disponibilité des médicaments et autres intrants pour la prise en charge optimale des pathologies. La disponibilité des médicaments essentiels, des réactifs/tests etc. est un atout majeur pour le renforcement du système sanitaire pour tout pays. Il faut rappeler que la fréquentation d'une structure sanitaire est intimement liée à la prise en charge des cas surtout en termes de médication. Mais force est de constater qu'il y a ruptures de stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A part ce problème grave, il y en a beaucoup d'autres, qui nécessitent des interventions urgentes :

- L'absence d'une véritable Autorité de Réglementation Pharmaceutique (ARP);
- La faible coordination du secteur pharmaceutique;
- L'absence d'une commission multisectorielle chargée de coordonner la mise en œuvre des activités du plan d'actions 2012-2016 de la PPN;
- L'insuffisance dans les textes législatifs et réglementaires notamment en ce qui concerne les réactifs, les dispositifs médicaux stériles, les produits biologiques, les produits cosmétiques et les essais cliniques;
- L'insuffisance des ressources humaines et matérielles;
- L'insuffisance dans le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels : non maîtrise des besoins des médicaments essentiels surtout des programmes prioritaires de santé, les ruptures de stock au niveau des Centres de Santé Communautaires et des Centres de Santé de Référence, mauvaise tenue des supports de gestion et la mauvaise gestion des stocks, insuffisance de personnel qualifié ;
- Le non-respect du prix des médicaments;
- Les procédures de remboursement des achats de la PPM par la DFM/MSHP et les impayés au niveau du trésor public;
- L'insuffisance dans le respect des directives de stockage;
- L'absence d'une stratégie ou un plan concerté de suivi de la qualité des médicaments circulants sur le territoire national;
- Une insuffisance des moyens techniques, humains et matériels pour une régulation du secteur pharmaceutique;
- La non maîtrise du phénomène de la vente illicite des médicaments;
- Le préfinancement des kits de césarienne sur le stock de roulement des points de vente des médicaments influençant le réapprovisionnement en fonction des besoins réels;
- L'usage non rationnel des médicaments qui fait partie de l'objectif de la PPN : une prescription peu rationnelle au niveau des structures sanitaires;
- La non fonctionnalité des Comités Thérapeutiques (CT) et des comités de Médicament (CM).

En revanche, il est devenu obligatoire que l'agenda du PRODESS-III soit dominé par certaines interventions majeures dans le domaine pharmaceutique. Ces interventions vont consister à :

- Changement de statut de la DPM en ARP;
- Renforcement de la coordination du secteur pharmaceutique;
- La mise en place et la fonctionnalité d'une commission multisectorielle chargée de coordonner sa mise en œuvre de la PPN;
- Le renforcement de la législation pharmaceutique;
- La révision des textes législatifs et réglementaires;
- Le renforcement du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels à tous les niveaux;
- Le renforcement des ressources humaines et matérielles;
- La mise à disposition des fonds pour l'achat des médicaments et autres intrants comme stipulé dans le contrat plan Etat-PPM (2011-2013);
- Le renforcement de capacités des structures pour le respect des directives de stockage;

- La mise en œuvre d'une stratégie ou d'un plan concerté de suivi de la qualité des médicaments circulant sur le territoire national;
- La mise en œuvre des plans d'action de lutte contre la vente illicite des médicaments à tous les niveaux (central, régional, district et communal) dans un secteur mieux maîtrisé;
- L'approvisionnement continu en kits de césarienne pour assurer la gratuité de la prise en charge;
- L'approvisionnement et la gratuité des médicaments et autres moyens thérapeutiques contre les incapacités (handicaps) liées aux maladies mentales dans les établissements de santé à tous les niveaux.
- Le renforcement de l'usage rationnel des médicaments;
- La mise en place et la fonctionnalité des organes au niveau des structures sanitaires (CT et CM).

3.2.4 Droits de la femme en matière de santé; 'genre'¹²³

Afin de répondre de manière efficace aux défis de santé publique causés ou aggravés par des situations d'inégalité de genre, il n'est pas adéquat de simplement inclure un volet 'genre' à chaque programme ou plan national. Cela aurait pour effet d'isoler les discussions et interventions basées sur le genre et d'en limiter l'impact et la portée. Selon l'OMS, il est préférable de considérer l'aspect 'genre' de manière transversale à toute politique ou intervention, et de s'assurer que tout professionnel de santé ait reçu une formation adéquate pour comprendre et agir de manière appropriée lorsqu'il fait face à des problèmes où une inégalité de genre constitue un facteur décisif. Il convient également de prendre en compte de manière systématique l'objet genre lorsqu'on développe non pas seulement les interventions sur le terrain mais également les systèmes et processus qui permettent à ces programmes d'être mis en œuvre¹²⁴.

Avec l'inclusion du MFEF dans le processus d'élaboration du PDDSS et de mise en œuvre du PRODESS-III, le cadre de collaboration intra-sectorielle s'est élargi à trois départements de tutelle du secteur socio-sanitaire. L'objectif est de faciliter la coordination et l'harmonisation entre les Ministères en particulier au niveau central, par le partage des structures de planification et de gestion des ressources humaines et par l'emploi des méthodes communes de travail.

De l'avis de nombreux acteur-clefs, il existe des tendances au cloisonnement entre certaines composantes du PDDSS. Le défi pour le MFEF est de bien jouer son rôle, en vue de la mise en œuvre de la politique nationale du genre (PNG) au travers du PDDSS. La transversalité du MFEF par rapport aux autres Ministères du secteur présente un atout potentiel pour l'implantation et le suivi du PDDSS. Le MFEF pourra aussi promouvoir la collaboration intersectorielle, par exemple en promouvant le progrès avec l'OMD 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes¹²⁵), et avec d'autres OMD en dehors des OMD 1, 4, 5, 6. Cependant, pour ce faire, le MFEF doit être impliqué dans bien d'activités relevant directement des autres départements en matière de santé. Il en est ainsi par exemple des

¹²³ L'OMS affirme l'importance de 'genre', comme un des déterminants sociaux de la santé.

¹²⁴ "Whatisgendermainstreaming", <http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/>, Organisation Mondiale de la santé, accédé le 11 février 2014.

¹²⁵ L'OMS a développé un argumentaire intéressant, démontrant comment l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes contribuent à améliorer la santé maternelle

activités de planification, de vaccination, de fréquentation des structures socio-sanitaires par les femmes pour lesquelles le département chargé de la femme et de l'enfant devrait être impliqué au travers des activités de sensibilisation.

S'il est évident que le MFEF doit par essence agir comme leader dans les activités d'intégration de la composante genre au niveau des trois ministères impliqués dans le PDDSS, il semble important que l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODESS-III s'engage à la mise en œuvre d'une stratégie articulée autour des axes suivants :

- Renforcer les capacités des agents des trois Ministères en matière d'analyse et de planification basées sur le genre (au niveau central et local)
- S'assurer que les systèmes et procédures internes des trois Ministères impliqués prennent en compte de la composante genre, en particulier en matière de ressources humaines et responsabilité (*accountability*).
- Promouvoir la pratique systématisée de la désagrégation par sexe et âge pour les activités d'analyse des besoins, de planification, de suivi et d'évaluation et de rapportage.

3.2.5 Renforcement du District Sanitaire (DS)

Le DS est l'unité de base pour la planification et la mise en œuvre des services socio-sanitaires. Au Mali, le concept de DS a bien développé, tout en tenant compte d'une carte sanitaire des formations sanitaires. La littérature internationale montre que la plupart des problèmes de santé peuvent, et devront, être résolus au niveau des services de santé de base, à condition que le système de santé, soit bien organisé. Ce système (voir aussi l'OMS, pour les principes d'un système de santé local – 'district Health services') comprends, entre autres, les éléments comme : supervision intégrée par l'équipe cadre du DS; système d'information; planification par l'équipe cadre du DS; système performant de référence / contre-référence; paquets minimum des soins bien fonctionnels; accessibilité universelle aux soins de santé de base, avec des systèmes de financement abordables aux population; distribution des ressources (humaines; financières; matérielles) équitables; participation communautaire dans la gestion des services de santé de base; etc.

Avec ses politiques en matière de développement social et de décentralisation, le Mali offre des excellentes opportunités pour rendre beaucoup plus performants les Districts Sanitaires. En même temps, on constate que certains problèmes de santé persistent encore, qui devraient être résolus à ce niveau des soins.

L'agenda du PRODESS-III est de renforcer davantage les Districts Sanitaires, à travers les activités prioritaires. L'ambition du PRODESS-III est d'avoir, d'ici 2018, un grand nombre des DS bien performants, qui seront en mesure de résoudre la majorité des problèmes de santé, à travers une planification locale socio-sanitaire conjointe par les services locaux des trois départements concernés.

La qualité des services socio-sanitaires sera stimulée, à travers plusieurs activités. Par exemple, des voies et moyens seront analysés pour commencer un système de financement des 'outputs', par exemple avec un FBP, tout en tirant des leçons d'autres pays. De plus, la qualité des services sera promue avec des mécanismes d'inspection, accréditation, supervision formative, et autres.

3.2.6 Renforcement de la demande

Si les PRODESS antérieurs (I, II, II prolongé) ont mis l'accent davantage sur l'offre des soins, et sur le financement des 'inputs', le PRODESS-III va mettre beaucoup plus l'accent sur le renforcement de la demande. D'abord, cela signifie que les trois départements travailleront en parfaite harmonie et synergie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il est clair que l'utilisation des services, et les couvertures des services curatifs et préventifs ne peuvent augmenter qu'avec un rôle bien accentué des départements social et PFFE. C'est dans cet esprit – un seul programme avec trois composantes, exécuté par trois départements – que ce PRODESS III sera exécuté. De plus, le PRODESS III développera d'autres mécanismes pour stimuler la demande, notamment les mécanismes pour consolider et uniformiser les systèmes existants de protection sociale, tout en mettant un accent particulier sur les groupes vulnérables de la société.

3.2.7 Mobilisation des ressources pour le secteur

Dans le chapitre sur le budget de ce PRODESS-III, le budget 'minimum' est présenté, pour assurer la réalisation des ambitions minimales dans ce plan. Autrement dit, ce budget est obligatoire, et doit absolument être réalisé, de préférence avec des moyens nationaux. Cependant, il est évident que ce budget minimum ne suffira pas pour 'faire la différence' de façon significative, en termes de 'santé' et d'organisation du système socio-sanitaire'. Pour faire cela, l'enveloppe des ressources nationales devra être encore plus importante. De plus, l'ambition du Mali est de devenir moins dépendent des ressources externes – qui sont, par définition, moins durables et moins prévisibles (voir par exemple des prévisions budgétaires des PTF en annexe). Un grand défi est d'utiliser une plus grande partie du budget d'état pour le secteur socio-sanitaire. Selon la norme 'Abuja', l'état devrait utiliser environ 15% de son budget pour ce secteur; cependant, dans la pratique, le budget national pour la 'santé' est encore bien inférieur à ce niveau¹²⁶. Par conséquent, le PRODESS-III inclut un agenda de 'lobby', pour mobiliser plus de ressources nationales pour la 'santé'. En revanche, les trois départements qui exécutent le PRODESS devront être en mesure de montrer aux décideurs politiques que l'injection des ressources nationales additionnelles entraîne des résultats en matière de 'santé', c.à.d. diminution de la mortalité et morbidité (outcome et 'impact'). Ceci nécessite un fort agenda de suivi et d'évaluation, non seulement en termes de 'processus', mais aussi sur le plan des résultats en termes d'impact. L'agenda du PRODESS-III est aussi un agenda d'une allocation équitable des ressources; c'est la seule manière d'avoir 'value for money', en termes de santé. C'est ainsi que les politiciens seront convaincus d'augmenter le budget national pour la santé.

L'une des stratégies pour ce faire pourrait consister en l'instauration de taxes spéciales sur certains produits et services à grande consommation (ressources minières, téléphonie, tickets de transport, alcool, tabac, ...).

3.2.8 Gouvernance et Leadership

Il s'agit de l'affirmation de l'autorité de l'Etat comme principale instance chargée de : planifier et élaborer des normes, évaluer et contrôler les normes et les règles établies, garantir la sécurité des soins et la protection des patients, faire respecter les normes éthiques et les principes directeurs du secteur. Cette fonction est très peu performante du fait : des faiblesses dans le respect de la réglementation en santé à tous les niveaux; de la

¹²⁶ Malgré la divergence sur le mode de calcul.

non révision et de l'absence d'évaluation du cadre réglementaire; et, de la complexité des procédures de révision du cadre réglementaire et des procédures budgétaires.

Accomplir cette mission légitime de puissance publique nécessite, entre autres :

- L'obtention d'un consensus entre les acteurs nationaux et internationaux qui ont évolué jusqu'à présent dans le secteur socio-sanitaire;
- La réorganisation du secteur socio-sanitaire en fonction des attributions des différents niveaux : le niveau central dans ses missions normatives, réglementaires et de contrôle; le niveau régional dans ses attributions de coordination et d'appui technique; le niveau local dans son rôle d'unité opérationnelle du système;
- La motivation des professionnels;
- Le développement de partenariat avec le secteur associatif et privé; et,
- Leadership à tous les niveaux.

C'est ainsi que le PRODESS-III inclura des activités spécifiques pour adresser certains aspects et- thèmes transversaux de la bonne gouvernance du secteur. Entre autres, il s'agira des aspects suivants (dont plusieurs font objet de cette section 3.2.) :

- La Réglementation (voir sections 3.2.2 et 3.2.3. ci-dessus);
- Le Processus Gestionnaire. Un processus gestionnaire basé sur une stratégie de déconcentration, est en cours, dans sa traduction dans les faits. Le PRODESS-III inclut des activités prioritaires pour renforcer ces processus, par exemple pour renforcer la gestion / planification dans les Districts Sanitaires (thème 3.2.5);
- La décentralisation et la gestion communautaire (voir thème 3.2.9. ci-dessous). Le Mali s'est engagé dans une politique de décentralisation depuis plus d'une quinzaine d'années. Dans ce cadre, des dispositions institutionnelles ont été adoptées pour autoriser le transfert des compétences et des ressources de l'Etat dans le domaine de la santé vers les collectivités territoriales (décret 02-314 du 4 juin 2002). Le processus est soutenu par plusieurs PTF et a permis d'organiser le pays en 703 communes, 49 cercles, 8 régions et le district de Bamako (qui a un statut de région). Toutefois, les résultats obtenus dans ce domaine sont encore modestes.

La gestion communautaire vit le jour au Mali depuis plus de 30 ans, après Alma Ata. Toutefois, s'il est certain que la *qualité des soins* que les Centres de santé communautaire dispensent représente l'élément fondamental de ces structures, leur viabilité constitue la question préalable à toute analyse. Cette initiative constitue un des éléments essentiels des nouvelles politiques du secteur socio-sanitaire. Elle conduit à une nouvelle répartition des fonctions entre les établissements sanitaires qui assurent l'offre de soins et les trois départements ministériels concernés, qui cherchent à se concentrer sur des activités de régulation. Cependant, l'expérience montre que les risques de dérapage sont nombreux et qu'un tel système exige une place majeure de l'État, qui, loin de se désengager, doit au contraire être encore plus présent.

- La coopération inter- et intra sectorielle, et le partenariat / coopération internationale:

(i) Coopération Intersectorielle

L'approche multisectorielle du secteur socio-sanitaire, en dépit des nombreux efforts fournis par le gouvernement de la République du Mali reste encore modeste. On peut noter quelques initiatives, particulièrement en santé et éducation, santé et développement social, santé et promotion de la femme, santé et justice, santé et

préventions des désastres. Le leadership dans le cadre d'une action multisectorielle pose un problème : l'appropriation de l'intervention comme une action conjointe et non comme l'appui d'un secteur à un autre continue de dominer la philosophie des activités mises en œuvre.

(ii) Coopération Intra sectorielle

De grands efforts ont été déployés au cours de ces dernières années pour mieux coordonner les actions du secteur public et du secteur privé philanthropique. Ils se sont matérialisés sous la forme de : (i) l'élaboration d'une Charte de Partenariat; (ii) la recherche de financement dans un cadre de concertation. C'est par ailleurs une stratégie prioritaire dans le cadre du développement du secteur socio-sanitaire du district.

(iii) Coopération Internationale / coordination

L'aide externe est le fait d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) étrangères, et d'Agences Bilatérales et Multilatérales. Elaboré sur la base du CSLP, le programme de coopération porte essentiellement sur des axes d'intervention comme : (i) la gouvernance, et (ii) l'amélioration durable des conditions sanitaires des populations. La réduction de la pauvreté, l'équité de genre, la lutte contre le VIH/SIDA, les droits humains et les technologies de l'information et de la communication, constituaient des thèmes transversaux pour l'ensemble des programmes.

Bénéficiant d'un volume important d'apports d'aide, le Mali accorde une attention particulière au renforcement des processus de *coordination et d'harmonisation entre donateurs*. Pour mettre en œuvre le processus d'harmonisation, en collaboration avec ses partenaires, le gouvernement a arrêté une approche de coordination par secteurs clés. Ainsi, les interventions des donateurs s'organisent autour de stratégies sectorielles et de cadres de dépenses à moyen terme. Le gouvernement a établi un secrétariat pour l'harmonisation de l'aide et a adopté à cet égard un plan d'action qui aura pour effet de renforcer son rôle directeur. Les donateurs ont aligné leur aide sur le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, et le gouvernement discute périodiquement avec eux de l'état d'avancement de cette stratégie. Ils ont par ailleurs mis en place une cellule d'appui technique qui les aide à harmoniser leurs interventions et à préparer les consultations avec les responsables du pays. Ils tiennent entre eux des réunions mensuelles dont la présidence change tous les six mois, selon un système de rotation alternée entre donateurs bilatéraux et multilatéraux.

L'utilisation des faibles ressources. La performance réalisée est le résultat d'actions de mobilisation de ressources de type classique, d'initiatives d'ouverture vers des partenaires de type nouveau (secteur privé, fondations internationales), et d'actions d'accompagnement de la mise en œuvre de programmes nationaux. Depuis 1998, le Mali s'est engagé dans un processus de réforme du système international d'aide. Le diagnostic effectué avait indiqué principalement que l'aide extérieure qui occupe une place importante dans l'économie, dans les institutions et même dans la société malienne, est faiblement intégrée dans la gestion nationale et n'est pas coordonnée aussi bien entre bailleurs que par rapport aux bénéficiaires, diminuant ainsi l'efficacité de cette aide. On note un manque d'efficience de l'allocation financière par rapport aux interventions clés et aux services de santé de base (PMA et activités de référence) avec une forte mobilisation de l'investissement sans accompagnement sur les aspects de fonctionnement. Il manque aussi un mécanisme efficace de financement alternatif de la

santé et de motivation du personnel pour servir dans les zones défavorisées. De plus, l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières est inégale entre les régions.

Leadership : une condition importante pour la bonne gouvernance.

Pour mieux renforcer ces différents domaines/stratégies et contribuer à l'accélération vers l'atteinte des OMD liés à la santé, notre pays doit améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées afin d'améliorer la qualité des services en mettant l'accent sur les services périphériques. Cela demande généralement des ressources supplémentaires, mais aussi et surtout un meilleur leadership et une bonne gestion des ressources existantes, surtout au niveau local (secteur public et privé).

L'exercice de l'autorité (le leadership) et une bonne gestion sanitaire consistent à déterminer les orientations à suivre et obtenir l'engagement des partenaires et du personnel à les appliquer, à faciliter les changements et à améliorer les services de santé grâce à un déploiement efficace, novateur et responsable du personnel et des autres ressources (OMS/WHO,2005.1).

La sous-performance continue dans le secteur a rendu évident que les capacités de leadership doivent être renforcées parmi la classe managériale et technocrate pour stimuler les fonctionnaires du secteur dans la réalisation des buts nationaux en matière de santé et de bien-être. Les activités de renforcement du leadership et de la gestion sont un moyen d'améliorer l'efficacité des systèmes et des services de santé. Evaluer les capacités de leadership et de gestion consiste à examiner chacune de ces conditions et de déterminer dans quelle mesure celles-ci sont remplies. Cet examen devrait aider le pays à aborder la question du renforcement des capacités de leadership et de gestion socio-sanitaire dans toute sa complexité et à décider dans quels domaines investir pour que les services de santé soient mieux dirigés et mieux gérés et deviennent plus performants.

De nombreuses difficultés ont été associées aux réformes du secteur à travers le pays. Ceux-ci incluent le consensus générateur sur la direction et l'étendue des réformes; la mobilisation des ressources nécessaires; le développement d'associations efficaces avec les principaux dépositaires d'enjeux; le développement de systèmes efficaces pour assurer une utilisation adéquate des ressources humaines, financières et matérielles, de façon à assurer que les leaders politiques du secteur et leur personnel technique travaillent en tandem plutôt qu'à contre-courant, être axé sur les résultats plutôt que sur les productions; et, le plus important, renforcer les compétences clés parmi le leadership managérial pour s'assurer qu'ils peuvent développer une vision stratégique et diriger les énergies et la créativité de leur personnel vers la réalisation de cette vision.

Ce débat démontre clairement que le renforcement des capacités d'un leadership solide est essentiel au succès des réformes d'amélioration de la performance dans le secteur socio-sanitaire. Le leadership managérial supérieur doit avoir la capacité de développer une vision stratégique et galvaniser les acteurs du secteur pour traduire cette vision par des résultats tangibles.

Le PRODESS-III y agira, entre autres avec des activités de renforcement des capacités des responsables à plusieurs niveaux du système socio-sanitaire. Des approches innovatrices

seront introduites pour renforcer le leadership à tous les niveaux, par exemple en introduisant des systèmes de 'tutorat' (*peer-to-peer'intervision'*; etc.), à travers une collaboration avec d'autres pays du sud¹²⁷.

3.2.9 Décentralisation et participation communautaire

La libre administration des collectivités territoriales est prévue par la Constitution. La loi 93-008 du 11 février 1993⁴ définit les collectivités territoriales du Mali qui sont les régions (8), le district de Bamako (1), les cercles (49), les communes urbaines (37) et les communes rurales (666), chacune étant dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière et aucune ne peut établir ou exercer de tutelle sur une autre collectivité.

Les collectivités s'administrent librement par des conseils élus qui élisent en leur sein un organe exécutif.

La gestion de l'organisation territoriale, ci-dessus décrite, se fonde sur la participation communautaire. En effet, chaque niveau est administré par un organe composé d'élus issus des populations lors des différentes élections législatives et communales. Ainsi :

- La région est gérée par un conseil régional dont les membres sont élus par les conseillers communaux;
- Le cercle, composé de plusieurs communes, est géré par le conseil dont les membres sont élus, également, par les conseillers communaux pour cinq (5) ans;
- La commune est gérée par un conseil communal élu au suffrage universel direct. Le maire et les adjoints, qui forment le bureau communal, sont élus par les conseillers communaux;
- Le district de Bamako possède un statut particulier et rassemble 6 communes;
- La fraction est incluse dans une commune et regroupe des populations nomades : elle n'a pas d'organe officiel de gestion mais l'est par les communautés qui la composent.

Les attributions et compétences des organes sont grandes et contribuent à un exercice réel des rôles et responsabilités qui leur incombent (voir aussi section 2.4.6.2). Par exemple, le conseil de cercle peut émettre des avis sur toute question concernant le cercle et est obligatoirement consulté pour la réalisation de projets de développement de l'État ou de la région. Et les domaines de compétences des communes englobent l'éducation des enfants, l'alphabétisation, la santé primaire et les maternités, la gestion des infrastructures d'intérêt local et l'environnement. Il apparaît, dans ce dernier cas que les communautés sont actrices de leur développement. Ce sont elles qui créent et gèrent des structures/associations d'intérêt commun pour la mise en œuvre des activités citées. Ce sont, entre autres, le Comité de Gestion Scolaire dans le cadre de l'éducation des enfants, l'ASACO dans celui de la santé. Cette association est membre d'une fédération d'associations installées au niveau national (FENASCOM), régional (FERASCOM) et cercle (FELASCOM).

Certains textes législatifs et réglementaires de la mise en œuvre de la décentralisation (voir aussi la bibliographie en annexe) constituent des dispositifs, à améliorer, pour une plus grande participation communautaire à travers, entre autres, le transfert effectif des

¹²⁷ L'importance de la 'South-South' collaboration (SSC) a été discuté lors de la 4ème réunion de IHP+, à Nairobi, décembre 2012. Plusieurs pays ont des expériences pertinentes en matière de 'leadership'.

ressources et des compétences. Il existe deux associations de collectivités territoriales: l'AMM (Association des Municipalités du Mali), regroupant, les communes, et créée dès 1999, et l'ACCR (Association des Collectivités Cercles et Régions du Mali) qui présentent des avantages/atouts comme sources et ressources pour coopérer avec leurs membres à la base et qui sont constitués des communautaires.

La décentralisation, en cours d'application au Mali, est un mode d'organisation institutionnelle qui consiste à faire gérer par des organes délibérants élus et par la participation de la société civile dans les affaires propres d'une collectivité territoriale. Elle couvre, de plus en plus, tous les domaines du développement, spécifiquement sanitaire et social.

Les Etats Généraux de la décentralisation, tenus les 21, 22 et 23 octobre 2013 au CICB, a développé dix (10) thèmes parmi lesquels les thèmes suivants sont probants pour la mise en œuvre du PRODESS-III :

- Thème : « le renforcement de la démocratie, la bonne gouvernance, la prévention et gestion des conflits » : à travers la gouvernance locale basée sur les principes de responsabilité, d'obligation de résultats, de transparence, et prenant en compte les légitimités traditionnelles et le genre;
- Thème « L'amélioration des services de bases aux populations » pour la prise en compte des situations spécifiques par la mise en œuvre de mesures incitatives pour faciliter la déconcentration et la mobilité des agents vers les zones difficiles ainsi que la réactivation de stratégies adaptées pour la promotion des services sociaux de bases dans le milieu nomade;
- Thème « L'ancrage institutionnel de la décentralisation en lien avec l'implication des élus locaux dans la décision et la gestion politique »
- Thème « La réorganisation territoriale en lien avec l'approfondissement de la régionalisation » afin de diligenter la charte de la déconcentration en rapport avec le rythme de transfert des compétences et des ressources aux collectivités territoriales.

Ceci se traduit dans le PRODESS-III par (i) la création et le renforcement des services sociaux de base dont les centres de santé, le CCDSES, les caisses d'assurance (caisses de solidarité) et la pleine participation des collectivités à la gestion des CSCom; (ii) le renforcement de la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre elles et les ASACO; (iii) la participation communautaire, depuis la mise en œuvre de la décentralisation, supplée et complète l'Etat et le Privé à travers des associations (nationales, régionales et locales) qui interviennent dans la mise en œuvre des activités des trois (3) composantes du PRODESS.

Le PRODESS-III contribuera, entre autres, à :

- La prise en compte systématique de l'approche communautaire à toutes les étapes du processus de création et du fonctionnement des ASACO et autres structures communautaires (mutuelles; caisses de solidarité etc.);

- L'opérationnalisation du dispositif de prévention et de réponse aux catastrophes dans chaque région;
- La gestion et motivation des ressources humaines qui permettent une meilleure satisfaction des usagers à tous les niveaux dont les ASC; et,
- La référence/évacuation qui devra fonctionner de manière satisfaisante dans toutes les aires de santé.

De plus, le PRODESS-III inclura des activités spécifiques à mener par les CADD, notamment concernant sa mission principale de renforcer la capacité des acteurs principaux au niveau local¹²⁸ (formation, recherche, ..), et d'assurer un transfert effectif des compétences. Aussi, le PRODESS-III inclura le renforcement des CADD elles-mêmes¹²⁹.

3.2.10 Motivation du personnel

En 2009, le Gouvernement de la République du Mali a adopté le document de politique de développement des ressources humaines et le plan stratégique national de développement des ressources humaines du secteur de la santé 2009-2015.

Malgré quelques efforts réalisés dans le domaine des ressources humaines, l'évaluation du précédent PDDSS rapporte que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Parmi les raisons évoquées, il y a entre autre l'insatisfaction des rémunérations qui est de loin le plus fréquent, suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail.

Le Gouvernement du Mali fait de la question de motivation du personnel une préoccupation dans son programme d'actions 2013-2018 à travers son objectif de modernisation du système de santé notamment par la prise de mesure en vue de développer des mécanismes d'incitation à l'excellence et à la qualité. Pour ce faire, il est prévu dans le PDDSS (2014-2023) (OS 8) d'« *assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable* » à travers, entre autres, la mise en place d'un système de motivation plus adéquat pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

Dans le cadre de PRODESS-III, le RS8.3 de l'OS-8 visant à "*Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable*" prévoit la mise en place d'un système de motivation plus adéquat pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

Ce système de motivation des ressources humaines sera basé essentiellement sur deux grandes logiques :

¹²⁸ La loi 93-008 du 11 janvier 1993 portant code des collectivités territoriales a été relue et remplacée par la loi 2012-005. Cette nouvelle a apporté plusieurs innovations majeures dans l'ancienne loi dont il faut examiner la possibilité de prise en compte dans le PRODESS-III.

¹²⁹ Ou, après un éventuel fusionnement des CADD, de la (seule) CADD du secteur.

- (i) Incitation à amener le personnel homme et femme dans les zones difficiles et très difficiles et de les fidéliser afin d'assurer une disponibilité permanente optimale des RH; et,
- (ii) Performance du personnel en vue d'améliorer significativement les résultats.

Dans cette perspective des approches seront développées sur la base des expériences réussies comme le financement basé sur les résultats, les contrats de performances.

Les interventions spécifiques prévues à cette fin consisteront à :

- Instituer le financement basé sur les résultats et/ou contrat de performance et/ou accréditation de structures comme système de motivation;
- Adopter et appliquer le plan de motivation du personnel socio sanitaire;
- Adopter et appliquer les plans de carrière du personnel féminin et masculin à tous les niveaux des structures socio sanitaires.

D'autres interventions telles que des mesures non financières sont à développer pour accroître la motivation des agents, à savoir les reconnaissances du mérite par des félicitations, des témoignages de satisfaction, et une répartition équitable des charges de travail incluant la prise en compte du genre.

3.2.11 Application des leçons tirées de la crise

Le Mali, avant la crise, figure parmi les pays les plus pauvres de la planète. Son indice de développement humain durable le place au 182^{ème} rang sur 187 en 2012. L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans en 2012. Le taux de fécondité figure parmi les plus élevés du monde (6,5 enfants par femme). 78,7% de la population vit sous le seuil international de pauvreté, soit avec moins de 2 \$ par jour.

Des études sont en cours pour mieux apprécier les impacts (et les besoins d'intervention) de la crise sur le développement de l'ensemble du pays et particulièrement les régions du nord

Le gouvernement, en attendant et en réponse concertée à la crise et à ses conséquences, à travers tous les Ministères, a élaboré et mis en œuvre, avec l'appui des PTF et les communautés, le « Programme d'Actions du Gouvernement (PAG) 2013-2018. Celui-ci comporte six (6) axes qui visent la restauration de l'Etat et de ses attributs régaliens qui sont :

- La mise en place d'institutions fortes et crédibles;
- La restauration de la sécurité des personnes et des biens sur l'ensemble du territoire national;
- La mise en œuvre d'une politique active de réconciliation nationale;
- La reconstruction de l'école malienne;
- La construction d'une économie émergente;
- La mise en œuvre d'une politique active de développement social.

Le pays, à la fois, pour gérer les conséquences de la crise et surtout pour anticiper d'éventuelles crises (conflits, fléaux, catastrophes, ...) a développé et initié des projets/programmes à travers, entre autres :

- Le Plan de contingence humanitaire, du secteur de la santé au Mali, Ministère de la Santé, Partenaires Nations Unions et ONG, Janvier 2013;
- Le Plan de Relance des activités de Santé après la reconquête des régions nord du Mali du Ministère de la santé, Février 2013;
- Le Plan de relèvement des structures de Santé de la région de Mopti élaboré par l'équipe régionale de la direction régionale de la santé (DRS) de Mopti en Janvier 2013;
- Le Projet de relance des activités de santé dans les zones libérées (Equipe CPS Santé Février 2013);
- Les plans opérationnels (PO) 2013 santé de la région de Mopti (PARDDDES Février 2013).

Le « Plan de contingence humanitaire », ci-dessus cité, est central dans le dispositif de gestion de l'après-crise. Réunissant tous les domaines d'interventions et surtout l'ensemble des partenaires intervenants au Mali, il « ...permettra d'assurer une préparation de la réponse du secteur de la santé à faire face aux conséquences humanitaires et sanitaires de l'escalade du conflit armé. La mise en œuvre du plan permettra de prendre des mesures d'atténuation pouvant sauver des vies, réduire la morbidité et alléger les souffrances des populations vulnérables selon des scénarii définis par des acteurs humanitaires »

Depuis, le gouvernement a mis en place des cadres de concertation, du niveau national à celui local, pour appliquer, dans une synergie d'actions, les projets/programmes ci-dessus cités.

Une commission de travail sur la relance des activités au nord du Mali a fait des propositions pour bien coordonner les interventions des partenaires en intégrant les nouvelles orientations comme la résilience.

3.3 Les trois composantes du PRODESS-III

3.3.1 Composante 1; « Santé et Hygiène Publique »

3.3.1.1 Plateau technique (services DS);infrastructure

Les objectifs de développement du plateau technique visent à réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, et augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations.

Pour atteindre les objectifs fixés, 12 *résultats stratégiques* (RS) sont attendus (voir aussi annexe 3, pour les activités détaillées, par RS) à travers la mise en œuvre des activités pertinentes suivantes :

- Renforcer les capacités des ressources humaines en matière de Soins Maternels, Néonataux et Infantiles (SMNI);
- Etendre la PTME à toutes les structures offrant des services de Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels (SONE); Etendre la stratégie PCIME et son adaptation aux missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- Renforcer le plateau technique des structures de prise en charge des références obstétricales et néonatales (maternités, blocs opératoires, salle de réanimation de la mère, espaces de réanimation du nouveau- né, banque de sang);
- Développer des interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF;
- Renforcer la disponibilité des services de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire;
- Renforcer les capacités des structures à tous les niveaux en matière de développement et de suivi des activités d'hygiène et de sécurité au travail;
- Promouvoir la Santé Mentale, les comportements et les styles de vie ;
- Renforcer la capacité des structures à tous les niveaux en matière de prévention, de prise en charge et de réadaptation des troubles mentaux, neurologiques, troubles liés à l'abus de substances psychotiques et aux troubles psychosociaux.
- Créer un Centre médico-légal;
- Augmenter l'offre et l'utilisation de service dans les zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées;
- Améliorer l'organisation et de l'accès aux soins et services au niveau de toutes les formations sanitaires à l'intention de tous les patients et patientes;
- Développer un cadre conceptuel de la référence évacuation –contre référence entre les CSRéf et les EPH ;
- Créer des nouveaux CSRéf et EPH;
- Renforcer le plateau technique au niveau des CSRéf et EPH;
- Transformer certains CSRéf (Bougouni, Koutiala, Kita, San, Nioro et Diré) en EPH de 2^{ème} référence;
- Transformer les hôpitaux de Kayes, Sikasso, Mopti et Gao en EPH de 3^{ème} référence.

Le programme de renforcement des capacités porte sur des formations de courte durée (perfectionnement) qui seront retenues dans les programmes opérationnels annuels des services concernés. Le plan de formation concernant les spécialisations sera mis à jour et la mise en œuvre sera faite par la DRH et les structures impliquées.

Le développement des infrastructures prévoit :

- La construction de 278 nouveaux CSCom, 12 nouveaux CSRéf;
- Le changement de certains EPH de 2^{ème} référence en 3^{ème} référence (Kayes, Sikasso, Mopti et Gao);
- La mise en place de certains services de pointe de 4^{ème} référence, comme la chirurgie cardiaque, la transplantation rénale et l'oncologie à l'Hôpital du Point G; la procréation médicalement assistée, la neurochirurgie renforcée à l'Hôpital Gabriel Touré; la radiothérapie renforcée à l'Hôpital du Mali; la chirurgie de la transplantation de la cornée, la chirurgie de la rétine à l'IOTA;
- Le renforcement des EPH de Mopti et de Gao par la création de services d'hémodialyse; et,
- La mise en place dans tous les CSRéf des unités spécialisées d'ophtalmologie, d'odontologie stomatologie, d'ORL et de santé mentale ;
- La mise en place des Unités Spécialisées en santé mentale au sein des EPH.

Parallèlement au développement des infrastructures, les ressources humaines répondant au niveau du plateau technique mis en place, doivent être disponibles. Un programme de recrutement et de renforcement de capacité est également élaboré et mis en œuvre.

3.3.1.2 Développement des ressources humaines

Parallèlement au développement des infrastructures, les ressources humaines répondant au niveau du plateau technique mis en place, doivent être disponibles. Un programme de recrutement et de renforcement de capacité est également élaboré et mis en œuvre.

Concernant les ressources humaines, les interventions prioritaires du PRODESS-III prévoient trois Résultats Stratégiques dans le cadre de l'OS 8 : *“Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable”*.

Ces Résultats Stratégiques visent notamment :

- Une meilleure gestion des ressources humaines au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes à travers le renforcement du cadre institutionnel en vue d'améliorer l'équité dans la répartition sensible au genre. Pour ce faire, les interventions prioritaires retenues consisteront à :
 - Mettre à jour les cadres organiques des structures à tous les niveaux;
 - Clarifier les rôles respectifs de la DRH et des autres structures concernées pour que la fonction de gestion des ressources humaines soit assurée de façon rationnelle et performante;
 - Former le personnel de la DRH et des autres structures chargées de la gestion des ressources humaines, à tous les niveaux, y compris les collectivités territoriales en matière de développement de stratégie;
 - Créer l'Observatoire des Ressources Humaines pour suivre les dysfonctionnements dans la gestion des ressources humaines en portant une attention particulière aux difficultés rencontrées par le personnel féminin;
 - Produire annuellement la cartographie et le profil des ressources humaines

- du secteur; et,
- Construire le siège de la DRH.
- Le renforcement de la performance des ressources humaines par l'amélioration de leur formation et de leur utilisation. Dans ce cadre les interventions prioritaires prévues consisteront à :
 - Doter les structures socio-sanitaires à tous les niveaux en personnel de qualité en quantité suffisante (Faire passer les ratios : Médecin/Habitant de 1/9537 en 2014 à 1/5202 en 2018; Sage-femme/habitant de 1/9219 en 2014 à 1/5119 en 2018; Infirmier/Assistant Médical de 1/3833 en 2014 à 1/2203 en 2018);
 - Elaborer et appliquer le contenu du cahier de charge relative à l'organisation de la formation des apprenants;
 - Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation en synergie avec les ministères chargés de l'éducation et de l'enseignement en vue de disposer des ressources humaines femmes et hommes, de qualité, adaptés aux besoins des structures socio-sanitaire;
 - Améliorer la qualité de la formation au niveau des instituts de formation des techniciens, en renforçant l'équipement et la logistique (par ex. matériel roulant pour les stages urbain et rural).
 - Renforcer les capacités en formation diplômant et non-diplômant;
 - Institutionnaliser la formation dans le domaine de responsabilité médicale, du respect de la déontologie et de la charte du malade ;
 - Réviser les normes actuelles en termes de nombre et de profil des ressources humaines par structure en vue d'assurer des services de qualité en particulier dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile;
 - Mettre à jour le plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la santé; et,
 - Mettre en œuvre le plan stratégique national révisé de développement des ressources humaines pour la santé.

Avec l'ouverture très prochaine de l'espace national aux ressortissants des pays membres de l'UEMOA, il serait important de mettre l'emphase sur la formation des spécialistes médicaux pour combler le déficit important à ce niveau.

3.3.1.3 Services de santé dans les Districts Sanitaires: qualité, disponibilité, continuité.

Le grand défi de PRODESS-III est de contribuer à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant qui sont considérées comme les cibles prioritaires, tant en ce qui concerne la Santé de la Reproduction qu'en matière de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Le PRODESS-III vise à améliorer le niveau de qualité à travers une meilleure disponibilité, accessibilité et continuité des soins et services de santé. Pour ce faire, le PRODESS-III prévoit d'atteindre quatre (4) objectifs stratégiques, déclinés en résultats stratégiques, à savoir :

- OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infantiles et infanto-juvéniles (9 RS);
- OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles (5 RS);

- OS3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles (2 RS).
- OS6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

Chaque OS est décliné en résultats stratégiques (RS), en extrants et en interventions prioritaires.

Les interventions prioritaires identifiées dans le cadre de l'OS 1, visant la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, permettront d'atteindre, à l'issue de la période quinquennale les résultats, suivants (cf. indicateurs dans le cadre logique) :

- Une meilleure disponibilité et accessibilité du paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dans les formations sanitaires ;
- Un système de référence/évacuation plus cohérent prenant en compte la problématique du transport entre les villages et le CSCOM ;
- Un meilleur repositionnement de la planification familiale dans les activités de Santé de la Reproduction ;
- Une prévention plus efficace de la malnutrition ;
- Un système de surveillance de la croissance et du développement de l'enfant plus continu et efficace ;
- Une prévention plus efficace de la prévention des carences en micronutriments ;
- Une amélioration de la promotion de bonnes pratiques de nutrition à travers le développement d'un cadre plus fonctionnel de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire ;
- Une disponibilité des services de santé et de nutrition de qualité en milieu scolaire ; et,
- Une amélioration significative des conditions environnementales dans les établissements scolaires axées sur l'hygiène alimentaire.

Les interventions prioritaires planifiées dans le cadre de l'OS 2 dont la finalité est la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles permettront d'atteindre les résultats ci-après :

- L'accélération de la réduction de la prévalence et de la mortalité liées au paludisme au Mali de façon à s'orienter vers son élimination comme problème de santé publique ;
- Une meilleure maîtrise de la pandémie liée au VIH/SIDA au Mali en maintenant le taux de prévalence le plus bas possible et de façon durable ;
- Une réduction significative de la prévalence due à la tuberculose au point qu'elle ne constitue plus un problème de santé publique au Mali ;
- Un contrôle plus efficace des maladies à potentiel épidémique ; et,
- Un renforcement de la surveillance épidémiologique et de la prise en charge des maladies tropicales négligées.

Les interventions prioritaires identifiées pour l'atteinte de l'OS 3 visant à réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles permettront

d'atteindre durant les cinq années de mise en œuvre de PRODESS-III, les résultats subséquents :

- Une meilleure efficacité de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles tels que l'hypertension artérielle, le diabète, le cancer du col, le cancer du sein, etc. ; et,
- Une meilleure efficacité et efficience de la coordination et l'intégration des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.

Les interventions prioritaires identifiées pour l'atteinte de l'OS 6 visent à augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations, permettront d'atteindre durant les cinq années de mise en œuvre de PRODESS III, les résultats suivants :

- Une augmentation de la couverture géographique avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées ;
- Une meilleure prise en charge communautaire de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës, du paludisme, des soins aux nouveau-nés, la malnutrition et l'hygiène.

Le PRODESS-III assurera la qualité, la disponibilité et la continuité des soins et des services à travers la réalisation des interventions planifiées suivant le cadre logique du programme à travers les 4 niveaux du système de santé.

3.3.1.4 Financement des 'outputs' (FBP)

Dans le chapitre sur l'analyse situationnelle du financement de la santé, il a été mentionné que le " système de santé " au Mali génère beaucoup d'inefficiences dans l'utilisation des ressources et favorise un manque d'équité à la fois dans le financement et dans l'accès aux soins de santé.¹³⁰ La question qui se pose est « *Comment le système de santé peut-il mieux faire ? Et; comment mieux utiliser les ressources limitées pour favoriser la bonne santé ?* » Une des pistes serait l'instauration d'un « *Financement basé sur la Performance* ». Il consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base d'indicateurs de quantité et de qualité définis préalablement.

*Avantages du FBP rapportés par la littérature*¹³¹

- L'atteinte des résultats est plus rapide et ils sont facilement vérifiables;
- Utilise les avantages comparatifs de tous les prestataires de la santé y compris les privés;
- Facilite l'application de l'autonomie de gestion dans le cadre de la décentralisation;
- Utilise la concurrence pour augmenter l'efficience et l'efficacité;
- L'approche contractuelle fait que les gouvernements se focalisent moins sur la prestation des services et plus sur la régulation des normes et l'assurance de la qualité.

¹³⁰ 2013 - MSHP : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

¹³¹Loevinsohn, 2000

Le FBP est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité de soins de santé. Si la qualité des soins s'améliore, une augmentation de l'utilisation devrait suivre. L'organisation qui reçoit le financement est ainsi encouragée à agir aussi efficacement que possible

Le principe de base du FBP est la séparation des fonctions clés, telles que : prestation des services de santé; régulation (de la qualité des services); vérification des données; financement des services de santé. Les préalables et mesures accompagnatrices en seront :

- Le montage institutionnel et les modalités de mise en œuvre, devraient découler d'une négociation entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et être en cohérence avec les politiques nationales sectorielles;
- Des contrats seront négociés aux fins de définir les résultats qui seront récompensés par des financements-incitations;
- Des acteurs non-médicaux sont impliqués (par exemple, les administrations locales et les associations de santé communautaire) qui représentent les fonctions d'achat et de surveillance du FBR. Outre la formation des acteurs de la santé (équipes de santé de district et les agents de santé), les schémas de renforcement des capacités sont mis en place pour préparer les acteurs non sanitaires à leurs futurs rôles et responsabilités;
- Aucune incitation financière n'est à prévoir dans la première phase

Le projet pilote mis en place au Mali (Cercle de Dioïla) a déjà fait ses preuves (voir annexe 10). Pendant le PRODESS-III, des études de faisabilité seront conduites pour examiner les possibilités de mettre ces expériences à l'échelle.

3.3.1.5 Information sanitaire et sociale

La mise en œuvre du SNISS a été décrite dans la section 2.4.3. L'OS 10 consacré à l'amélioration globale du SNISS vise à « Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et sociales fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social ». Il se décline en trois Résultats Stratégiques dont les deux premiers sont destinés spécifiquement au SNISS et le troisième au développement de la recherche.

Durant la période quinquennale du PRODESS-III, les interventions prioritaires définies devraient permettre :

- Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social pour une planification et une prise de décision plus efficaces; et,
- Le renforcement des capacités techniques des différents niveaux pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données.

Pour ce faire, ces interventions vont consister à :

- Réviser le SD-SNISS pour prendre en compte l'ensemble des données sanitaires, développement social et de promotion de la famille nécessaires à l'adoption et à la mise en œuvre d'un plan et des textes réglementaires;
- Mettre en place un cadre de collaboration entre le public et le privé pour améliorer la complétude et la promptitude des données du système d'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sociale;

- Réviser le manuel et les outils de collecte en prenant en compte l'aspect genre, la décentralisation et les données de la société civile;
- Finaliser et valider le logiciel de gestion du Système d'Information Sociale (SISo);
- Réaliser une enquête nationale pour la constitution d'une base fiable de données sur les cibles du développement social;
- Former les agents socio-sanitaires à l'analyse des données à tous les niveaux pour une meilleure prise de décision /planification;
- Produire et diffuser chaque année les indicateurs renseignés et les annuaires statistiques;
- Définir et valider les indicateurs retenus du système d'information de la famille (SIFa);
- Concevoir et valider les supports de gestion des données du SIFa;
- Former les acteurs à l'utilisation des supports de gestion;
- Informatiser le SIFa;
- Former les décideurs/responsables à l'utilisation des données statistiques pour la prise de décision à tous les niveaux;
- Passer à l'échelle l'utilisation de la télésanté et de l'informatique médicale à tous les niveaux pour améliorer la production, la gestion et la diffusion de l'information;
- Réviser les supports de collecte d'information et des indicateurs à tous les niveaux (jusqu'au niveau CScOm) en prenant en compte la sexo-spécificité;
- Recueillir et transmettre les données nécessaires à «Malikunnafo» en utilisant les fiches de métadonnées de l'INSTAT pour renseigner le système de suivi-évaluation; et,
- Prendre en compte les données de la médecine traditionnelle dans le système local d'information en santé, développement social et promotion de la famille.

Les interventions du PRODESS-III accorderont un intérêt particulier à l'inclusion du secteur privé dans le SNISS à travers un partenariat dont les termes seront bien définis en vue d'une prise en compte à part entière des informations sanitaires et sociales dans le Schéma Directeur du SNISS. Pour cela, comme développé à la section 3.4., il faudra :

- Réfléchir sur le rôle du secteur privé dans la réalisation des objectifs et définir les principes de partenariats spécifiques aux différentes catégories du secteur privé (prestataires de soins, appui aux prestations, formation, pharmaciens, médecine traditionnelle); et,
- Inclure davantage le privé à but lucratif dans les instances du futur PRODESS.

3.3.1.6 Gouvernance

La gouvernance du système socio sanitaire est un élément déterminant dans l'atteinte des objectifs du PRODESS. Dans le PRODESS-III, une attention particulière lui sera accordée. Les efforts porteront sur le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux :

- (i) L'adaptation des cadres organiques des structures en charge de la coordination afin qu'elles aient l'autorité nécessaire pour jouer pleinement leur rôle;
- (ii) La relecture des textes des organes de pilotage, de planification, de suivi et de gestion des services sanitaires et sociaux aux niveaux local et régional pour s'assurer de la responsabilisation et de l'implication appropriées de tous les acteurs et actrices;

- (iii) La mise en place d'une équipe socio-sanitaire de district composée de deux entités : une équipe de santé publique et une équipe technique de prestation de soins. La séparation des missions techniques de prestation de soins qui sont transférées aux collectivités au niveau District (création des hôpitaux de District), de celles qui relèvent de la déconcentration des services de l'État (missions administratives et de santé publique);
- (iv) Le renforcement de l'utilisation de la télésanté et de l'informatique médicale dans la gestion et le partage de l'information. Cela passera une collaboration plus poussée entre l'agence de télé médecine et les services utilisateurs comme la DNS, la CPS, les EPH;
- (v) La poursuite de la restructuration de la Direction Nationale de la Santé (DNS) en l'érigeant en Direction Générale de la Santé (DGS);
- (vi) La création d'une Direction Nationale de l'Hygiène Publique et de Salubrité.
- (vii) Les comptes du PRODESS seront audités et certifiés une fois par an. L'audit financier est une pratique courante dans le PRODESS; il constitue une avancée dans la gestion transparente du programme. Le PRODESS-III poursuivra la pratique et veillera sur la qualité des rapports et leurs productions dans les délais. Au cours du PRODESS-III, l'accent sera mis sur l'audit technique qui n'est pas suffisamment développé. Il s'agira également d'institutionnaliser cette pratique.
- (viii) Le respect du principe de subsidiarité qui veut que la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. C'est donc le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle plus faible, c'est-à-dire la recherche du niveau pertinent d'action publique ».

3.3.1.7 Hygiène publique et salubrité

Dans le cadre du PRODESS-III, l'OS 4 vise à promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants de la santé.

Cet objectif se décline en 4 RS. Pour atteindre ces résultats plusieurs interventions sont envisagées comme prioritaires dans le présent programme.

Ainsi, à l'issue de la phase quinquennale 2014-2018 de PRODESS-III, les résultats suivants seront atteints :

- *Une meilleure efficacité de la prévention et du contrôle des infections associées aux soins* notamment à travers (i) le renforcement des capacités techniques (équipement matériel et produit), (ii) le renforcement des capacités des Etablissements de soins (hôpitaux, CSRéf, CSCom et autres établissements privés) pour la gestion, l'évacuation et le traitement des déchets biomédicaux, (iii) la création des points d'eau potables dans les établissements de soins (publics- privés), (iv) le développement de la collaboration intersectorielle et du partenariat public-privé pour la promotion de l'hygiène et la sécurité sanitaire, (v) la réalisation des recherches et des enquêtes sur l'épidémiologie des IAS dans les établissements sur la problématique des risques d'expositions au sang et autres liquides biologiques, et (vi) la tenue de réunion de plaidoyer et des campagnes médiatiques à l'endroit des décideurs, des partenaires au développement et de la population pour une meilleure prise en compte de la recherche, du suivi-évaluation sur les risques d'IAS, et d'exposition au sang ;

- *L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective en rendant les interventions plus efficaces*; ceci à travers de (i) l'organisation de journées mondiales de lavage des mains au savon; (ii) l'augmentation du taux de couverture en latrine améliorée de 2% par an au moins, (iii) les campagnes de sensibilisation, au moins deux fois par an sur les bonnes pratiques d'hygiène des aliments et de l'eau; (iii) les campagnes de sensibilisation au moins deux fois par an en direction des populations sur la gestion des déchets solides et liquides; (iv) l'organisation chaque année d'un atelier de formation des responsables régionaux en matière de gestion des déchets liquides et solides; et, (v) la promotion de l'hygiène aux écoles, en collaboration avec le secteur d'éducation ;
- Le renforcement des *mesures de prévention des intoxications* liées aux pesticides et insecticides, en soutenant (i) les activités de formation des spécialistes en matière de prévention et de prise en charge des intoxications liées aux produits chimiques, (ii) les activités de formation des agents de santé sur la prévention et la prise en charge des cas d'intoxications liées aux pesticides et engrais, (iv) la supervision des activités de prévention et de prise en charge des cas d'intoxications liées aux produits chimiques dans les zones à risque ;
- Le Renforcement de la *sécurité sanitaire des aliments* en (i) élaborant des normes en matière de prévention et de sécurité sanitaire des aliments, (ii) veillant à l'application des normes par un système de contrôle de la qualité des aliments, (iii) évaluant régulièrement les risques influençant l'incidence des maladies d'origine hydrique, (iv) en contribuant à la réduction de l'incidence des maladies d'origine hydrique par une meilleure hygiène de l'eau ;
- *Une meilleure connaissance et un contrôle plus efficace des effets néfastes du changement climatique sur la santé* à travers (i) la création d'une base de données intégrée sur les paramètres santé et changement climatique (système informatique et logistique, collecte des données etc.), (ii) la mise en réseau des structures de surveillance travaillant sur les paramètres environnementaux, sanitaires et socio-économiques sensibles au climat, (iii) la tenue de rencontres de concertation et d'échange trimestrielles sur le système de surveillance intégrée et (iv) la production et la diffusion semestrielle des rapports sur la surveillance intégrée ;
- Le renforcement des capacités en matière d'adaptation aux effets néfastes du *changement climatique* sur la santé, en (i) formant des spécialistes sur le changement climatique et santé, (ii) en formant le personnel de santé sur le changement climatique et santé, (iii) en organisant une campagne d'information et de sensibilisation au moins une fois par an sur le lien changement climatique et santé, (iv) en dotant les structures techniques impliquées dans la surveillance intégrée en matériels et équipements, (v) en faisant le plaidoyer pour l'allocation des ressources financières conséquentes au volet changement climatique et santé à tous les niveaux ; et,
- *Le renforcement de l'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail* à travers le (i) Renforcement des capacités des structures à tous les niveaux en matière de développement et de suivi des activités d'hygiène et de sécurité au travail, (ii) la mise en place d'un cadre de collaboration avec les employeurs pour la gestion des accidents de

travail et des maladies professionnelles, (iii) l'amélioration de la réglementation et des capacités des structures et des agents à assurer le suivi de l'hygiène et la salubrité de l'habitat, (iv) la formation des agents d'hygiène sur l'hygiène de l'habitat et l'utilisation du guide et de la grille d'inspection sur l'hygiène de l'habitat, (v) l'appui aux structures sanitaires en équipements (pulvérisateurs, fumigateurs, protection) et produits (insecticides, raticides et désinfectants) dans le cadre de la lutte contre les vecteurs et les réservoirs de maladies.

Le PRODESS-III sera une opportunité pour l'amélioration des conditions de vie des populations en général contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie des femmes et des hommes du Mali tant sur le plan sanitaire que social.

3.3.2 Composante – 2. « Développement Social »

3.3.2.1 Accès aux services socio-sanitaires

3.3.2.1.1 Les soins essentiels dans la communauté (SEC) et Distribution à Base Communautaire (DBC)

Pendant cette phase quinquennale du PDDSS, des efforts considérables seront menés pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant et l'accès des populations au paquet minimum d'activités (PMA) en renforçant l'ensemble des stratégies qui y concourent tout en stimulant les synergies entre elles.

Parallèlement à l'amélioration de l'offre des services de santé, la contribution des services sociaux consistera à soutenir la demande. Le document de référence en la matière est la politique nationale de mobilisation sociale pour la santé. Sa stratégie fondamentale est la responsabilisation des différents intervenants, et reposera sur : (i) la promotion de comportements favorables à l'amélioration de la santé; (ii) la promotion de la participation communautaire; (iii) l'implication des pouvoirs traditionnels, leaders d'opinion et religieux, guérisseurs traditionnels, enseignants et hommes de média; (iv) le renforcement des capacités des agents des structures techniques, des relais communautaires, des ONG/Associations et des hommes de média intervenant dans la mobilisation sociale; (v) le renforcement institutionnel du cadre législatif de la mobilisation sociale pour la promotion de la santé; (vi) la promotion d'une meilleure coordination et collaboration intra et intersectorielle pour la Santé.

Pendant le PRODESS-III, les principales actions consisteront en :

- L'incitation et l'encouragement des populations cibles à changer de comportement de manière à renforcer directement les actions de prévention, de lutte contre la maladie et l'amélioration de leur état de santé, ainsi que d'accroître l'utilisation des services;
- L'encouragement et le soutien des communautés dans les actions favorisant leur mieux être sanitaire;
- La formation et le recyclage du personnel socio-sanitaire et des partenaires de proximité aux techniques de mobilisation sociale pour la promotion de la santé;
- L'amélioration du cadre de concertation autour des activités de promotion de la santé.

De manière plus spécifique, un accent particulier sera mis sur le renforcement de la Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs et de la référence évacuation. Cela passera par :

- Une meilleure information de la communauté sur l'utilité des préservatifs et leur démythification;
- Un appui à l'organisation des communautés pour la prise en charge des trajets non inclus dans le dispositif actuel de référence évacuation;
- La formation et le recyclage des animateurs DBC en IEC/PF;
- La conduite d'investigations pour identifier les goulots d'étranglement à la mobilisation des quote part à la caisse de solidarité;
- L'organisation de concertations avec les parties prenantes à la caisse de solidarité pour améliorer le taux de recouvrement des cotisations.

Les soins essentiels dans la communauté (SEC) seront renforcés à travers :

- Une meilleure prise en compte du plaidoyer et de l'approche village dans l'implantation;
- Une contribution à l'amélioration des monitorages/supervisions des SEC;
- Une participation à la négociation de la prise en charge des salaires des ASC sur les budgets communaux pour une pérennisation des acquis après le retrait des partenaires.

La combinaison de toutes ces actions devrait conduire vers l'horizon 2018 à : (i) une plus grande fonctionnalité de la référence évacuation, (ii) un rehaussement satisfaisant du taux des accouchements assistés et un fort taux d'utilisation de la contraception.

3.3.2.1.2 CCC et approche communautaire

La composante 2 inclut plusieurs activités transversales en matière de CCC et en 'approche communautaire'. Le défi est de bien déterminer le rôle des trois départements dans ces activités (voir annexe 11, et l'annexe 14 – indicateurs par composante). Les thèmes sont discutés dans les sections 2.4.1.2 (demande des services), et 3.2.9. (Décentralisation et participation communautaire).

3.3.2.2 Prise en charge psychosociale et réinsertion

Le PRODESS III adressera les faiblesses constatées dans la prise en charge des groupes défavorisés et qui sont évoquées dans l'analyse de situation. Les interventions programmées se feront aux niveaux de plusieurs OS et RS. Il s'agira de :

- (i) En matière de renforcement des capacités d'intervention et des conditions de travail des services : (i) renforcer les capacités des agents à tous les niveaux ; (ii) construire ou réhabiliter les locaux des services locaux et régionaux ; et, (iii) améliorer le niveau d'équipement des services à tous les niveaux ;
- (ii) Dans le domaine de l'amélioration de la connaissance des groupes-cibles : (i) mener une enquête de base et des enquêtes périodiques sur la connaissance des effectifs des groupes cibles ; et, (ii) mettre en place une base de données sur les groupes cibles ;
- (iii) Concernant le renforcement du financement des interventions en faveur des groupes cibles : (i) mettre en place un fonds commun d'appui à l'appareillage et à la rééducation ; et, (ii) faire un plaidoyer pour l'apport des différents partenaires audit fonds ;

- (iv) Pour la conception et la mise en œuvre de stratégies idoines de prise en charge : (i) procéder à une révision de la stratégie nationale de réadaptation à base communautaire ; (ii) mettre en place une phase expérimentale de la RBC au niveau d'un cercle test du Mali ; (iii) élaborer une stratégie nationale d'appui à l'insertion des femmes et enfants en situation difficile ; et, (iv) réviser et mettre en œuvre le plan d'actions de promotion des personnes âgées ;
- (v) En termes de renforcement de la collaboration : (i) mettre en place un cadre de concertation autour de la prise en charge des groupes défavorisés ; et, (ii) organiser les rencontres périodiques du cadre de collaboration.

3.3.2.3 Protection Sociale et Economie Solidaire

3.3.2.3.1 Harmoniser et renforcer les systèmes de protection sociale

L'harmonisation et le renforcement du dispositif de protection sociale se feront dans le cadre de l'OS 9 du PRODESS qui consistera à : « 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 efficaces ».

Les interventions spécifiques auront lieu à travers le RS 9.4. : La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.

Il s'agira au cours de la période quinquennale de :

- (i) Mettre en place un dispositif de couverture maladie universelle à travers : (i) l'élaboration d'une stratégie nationale de couverture maladie universelle (CMU); (ii) la mise en œuvre de la stratégie nationale de CMU.
- (ii) Renforcer les dispositifs de couverture maladie existant pour assurer leur meilleure contribution à la CMU en : (i) poursuivant la restructuration de la mutualité et la création de 300 mutuelles communales, d'unions et de fédérations de mutuelles; (ii) mettant en œuvre le plan de communication sur la mutualité; (iii) poursuivant le programme de subventionnement des mutuelles; (iv) élaborant et mettant en œuvre un plan de renforcement du RAMED; (v) renforçant les capacités de l'INPS et de la CMSS dans leurs missions d'OGD; (vi) appuyant la reconversion des CMIE de l'INPS en structures de prestation de services conventionnées dans le cadre de l'AMO.
- (iii) Renforcer les champs d'application, matériel et personnel, de la sécurité sociale par : (i) la mise en place à la CMSS d'un régime de retraite complémentaire par capitalisation et d'un régime des accidents du travail et maladies professionnelles; (ii) la conduite d'une étude de base sur la faisabilité de la branche chômage au Mali; (iii) la réalisation d'une étude de faisabilité d'un régime de protection sociale du secteur agricole et informel.
- (iv) Etendre la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé en procédant à : (i) l'évaluation de la mise en œuvre de la phase pilote de la même stratégie; (ii) la révision du plan quinquennal de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie; (iii) la mise à échelle de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé.

- (v) Evaluer régulièrement et suivre la mise en œuvre du PAN-EPS 2011-2015 à travers : (i) l'exécution d'une évaluation à mi-parcours en 2014; la conduite de l'évaluation finale en fin 2015; (iii) l'élaboration en 2016 du 3^{ème} PAN-EPS; la tenue régulière des réunions du Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale.
- (vi) Procéder au suivi régulier de la gestion des institutions de sécurité sociale par : (i) la réalisation de missions de supervision intégrées des ISS et de leur services déconcentrés; (ii) la réalisation d'enquêtes et supervisions sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité au sein des entreprises; (iii) la conduite d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers des ISS; (iv) la réalisation d'activités de sensibilisation et d'information sur l'assurance volontaire à l'INPS; (v) l'organisation de concertations avec les partenaires sociaux sur les nouveaux dispositifs de sécurité sociale.

3.3.2.3.2 Renforcer l'économie sociale et solidaire

Dans le cadre du même OS 9 que la protection sociale, les interventions en matière d'ESS se feront pour contribuer à la l'atteinte du RS-9.5. : « Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes ». Elles seront les suivantes :

- Procéder à la prise d'une loi d'orientation pour la promotion du secteur de l'économie sociale et solidaire à travers : (i) l'élaboration du projet de loi d'orientation de l'ESS; (ii) l'organisation de concertations autour du projet de loi; (iii) l'adoption et la diffusion de la loi d'orientation de l'ESS;
- Mettre en application le cadre réglementaire de l'UEMOA relatif aux mutuelles sociales par : (i) la dissémination du règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et de ses règlements d'application; (iii) la conception et l'édition du nouveau statut type des mutuelles sociales; (iv) la mise en place le système de comptabilité des mutuelles sociales;
- Mettre en application l'Acte Uniforme de l'OHADA relatif au droit des sociétés coopératives par : (i) la dissémination et le partage de l'Acte Uniforme de l'OHADA relatif au droit des sociétés coopératives; (ii) la conception et l'édition des registres et supports de récépissé d'enregistrement des sociétés coopératives; (iii) la création et l'édition des registres local, régional et national des sociétés coopératives; (iv) la conception et l'édition du statut type des sociétés coopératives; (v) l'apport d'un appui technique à la réorganisation des sociétés coopératives;
- Renforcer les rencontres d'échanges d'expérience entre organisations de l'ESS en : (i) organisant sous l'égide de la DNPSES et du RENAPESS une foire annuelle de l'ESS pendant le Mois de la Solidarité et de la lutte contre l'Exclusion; (ii) instaurant et organisant des concertations biennales de l'ESS;
- Exécuter les missions régaliennes de suivi et contrôle et d'appui technique aux organisations de l'ESS à tous les niveaux par : (i) la réalisation d'une mission de suivi contrôle des mutuelles et sociétés coopératives dans chaque région du Mali; (ii) la conduite de sessions de renforcement des capacités en matière de mutualité et d'action coopérative dans chaque région du Mali; (iii) l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'actions national de promotion de l'ESS; (iv) l'appui à la mise en place de la confédération nationale des sociétés coopératives du Mali; (vi) appuyer le renforcement des capacités des ASACO dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services de

santé dans les régions de la phase pilote de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé;

- Connaître les déterminants de la faible fonctionnalité ou de l'impact social des organisations de l'ESS à travers : (i) la réalisation d'études et recherches sur la faible adhésion des populations aux mutuelles; (ii) la réalisation d'une enquête sur la fréquentation comparée des centres de santé par les mutualistes et non mutualistes; la conduite d'une enquête sur l'apport de l'ESS dans la création de richesses et d'emploi; et,
- Mieux outiller le Centre d'Appui aux Mutuelles Associations et Sociétés Coopératives pour bien assurer ses missions d'appui aux mutuelles, associations et sociétés coopératives par : (i) la dotation du CAMASC en programmes de formation et modules appropriés et accessibles de renforcement des capacités; (ii) le renforcement des capacités des ressources humaines par l'augmentation qualitative et quantitative; (iii) l'instauration et le maintien d'une culture de communication.

3.3.2.4 Réponse aux crises et catastrophes

Pour faire face à la crise au Nord en 2012, des réponses multiformes ont été apportées par les populations elles-mêmes, la société civile et le Gouvernement grâce à de multiples instruments dont le Plan d'Urgence mis en œuvre grâce aux clusters initiés par les Agences des Nations Unies, les PTF, la société civile et les services techniques de l'Etat. Les différentes réponses apportées ou en cours de l'être aux diverses crises qu'a connues le Mali vont des mesures de politiques macro-économiques à celles des microréalisations touchant directement les populations à l'intérieur et à l'extérieur du pays.

Les partenaires humanitaires et au développement, afin d'appuyer les efforts des autorités dans la phase cruciale de transition, ont proposé et mis en œuvre dans les régions Nord du pays un Plan d'actions prioritaires¹³² intégré d'octobre à décembre 2013 dans le but de : (i) poursuivre ou d'apporter une assistance humanitaire aux personnes les plus vulnérables dans cette zone (résidentes et retournées); (ii) de renforcer l'accès des populations résidentes et retournées aux services de base (éducation, santé, nutrition, eau, hygiène et assainissement, marchés); et, (iii) de renforcer les moyens de subsistances et la capacité de résilience des populations résidentes et retournées. Des mesures sont prises et portent sur le court, moyen et long terme.

Il s'agit de créer, après la phase d'urgence¹³³ marquée surtout par l'assistance humanitaire aux personnes déplacées ou réfugiées, les conditions pour le retour à une vie normale dans les zones libérées par la réhabilitation des infrastructures administratives, sécuritaires, économiques, sociales et culturelles et le redéploiement des agents de l'Etat. Pour ce faire le Gouvernement du Mali a élaboré, dans une dynamique participative, le PAG¹³⁴¹³⁵. Parmi les six axes de ce document stratégique figure « la mise en œuvre d'une politique active de développement social » qui comporte, entre autres, les mesures suivantes :

¹³²Plan d'Actions Prioritaires pour le Nord Mali (sept-déc 2013)

¹³³Feuille de Route pour la Transition, Primature, Jan 2013

¹³⁴Programme d'Actions du Gouvernement (PAG) 2013-2018, Primature, Nov 2013

¹³⁵Chaque département a repris à son compte les interventions du PAG qui le concerne pour les traduire dans un « plan d'interventions » assorti de budget. Il s'agit par exemple du « Plan d'actions 2013-2017 du MSAHRN »

- *Le développement du système de santé*, notamment par : (i) la consolidation du programme de remise à niveau (matériel, humain et financier) des formations sanitaires ayant subi des pillages et des dégradations pendant l'occupation; (ii) la médicalisation progressive des formations sanitaires sur l'ensemble du territoire, afin que chaque commune dispose au moins d'un médecin; (iii) l'amélioration de la santé de la reproduction; (iv) la généralisation du tiers payant pour assurer l'accès aux soins de l'ensemble de la population ;
- *Le développement de l'accès à l'eau potable*, notamment par : (i) la création et la réhabilitation des points d'eau modernes; (ii) la capacité de renforcement des structures de l'Etat pour améliorer la qualité de l'offre de service public de l'eau ;
- *Le renforcement du développement social* notamment par : (i) la mise en place des dispositifs pour la couverture maladie universelle; (ii) la mise en œuvre des projets à fort impact pour le renforcement des capacités des communautés rurales; (iii) la mise en œuvre du plan de contingence de la réponse humanitaire (iii) ;
- *L'accroissement de la contribution des femmes au développement économique et social*, notamment par: (i) le lancement d'une initiative en matière d'éducation des filles; (ii) le lancement d'un programme de prise en charge des jeunes filles déscolarisées, « L'école de la deuxième chance »; (iii) la promotion des activités génératrices de revenus (AGR) (appui aux groupements et associations de femmes ...);
- *La promotion de l'emploi des jeunes et leur insertion sociale et professionnelle*, notamment par : (i) la création d'emplois jeunes dans le cadre de grandes initiatives nationales en matière d'alphabétisation des adultes et de lutte contre la désertification; (ii) le lancement de programmes d'installation de jeunes diplômés dans l'agriculture, l'élevage, le tourisme et l'environnement ; et,
- *La promotion d'une nouvelle politique culturelle basée sur le développement intégral de l'homme*, notamment par : (i) la protection du patrimoine culturel; (ii) le développement des infrastructures culturelles (maisons de la culture, musées régionaux, ...); (iii) l'appui à la production cinématographique et de téléfilms valorisant nos valeurs culturelles.

Par ailleurs, le PRODESS 3 mettra un accent particulier sur le renforcement de l'action humanitaire par : (i) le développement d'une politique humanitaire, (ii) la mise en place d'un plan national de réponse aux urgences et catastrophes (iii) la mise en place et la fonctionnalité d'une unité nationale de gestion de l'action humanitaire (iv) le renforcement des capacités nationales pour la gestion des urgences et des catastrophes (v) le renforcement de la coordination de l'action humanitaire pour une plus grande synergie des interventions

Quant à la composante 2 du PRODESS, le MSAHRN joue en premier lieu un rôle de coordination des activités menées par un grand nombre de acteurs (Programme d'Interventions d'Urgence)

3.3.2.4.1 Renforcer les services DSES

Les actions prévues pour renforcer les services de développement social et de l'économie solidaire au cours de cette période quinquennale du PRODESS, déjà annoncées au niveau de l'analyse de situation se retrouvent aux niveaux des OS 8, 9, 10 et 11. Il s'agira de :

- Créer les conditions favorables à l'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base par : (i) le renforcement de la communication sur les services disponibles en

faveur des groupes défavorisés, (ii) la déconcentration voire la décentralisation de l'accès des groupes démunis à certains services ;

- Renforcer les capacités des structures de prise en charge des personnes vulnérables tant aux niveaux central, régional que local à travers : (i) la réalisation de locaux adéquats au niveau des services locaux et des services régionaux, (ii) la relecture des cadres organiques des services à tous les niveaux ; (iii) l'affectation dans les services locaux de personnel qualitativement et quantitativement satisfaisant, (iv) la dotation progressive des services locaux en véhicules pour la réalisation des activités terrain, (v) la mise en place au niveau des services locaux et régionaux d'un système informatisé et d'un réseau de communication pour le traitement et la transmission de l'information ;
- Renforcer la connaissance des groupes cibles du DS par : (i) la création de bases de données interconnectées aux différents niveaux de la pyramide, (ii) l'instauration et l'exécution d'enquêtes périodiques sur les groupes cibles du développement social ; et,
- Renforcer la coordination et la synergie dans les interventions qui ciblent les groupes vulnérables par : (i) identifier et mettre en place un répertoire des intervenants de la société civile en matière d'intervention sociale, (ii) mettre en place un ou des cadres de concertation en matière d'intervention sociale

3.3.3 Composante – 3. « Femme, Famille, Enfant »

3.3.3.1 Promotion de la composante 'genre' et des droits de l'enfant

Le MFEF sera l'acteur-phare de la promotion de la composante "genre" et des droits de l'enfant malien dans le cadre du PRODESS-III. En termes pratiques, la première priorité du MFEF sera s'assurer que la composante genre soit intégrée de manière systématique et non-isolée dans les différents programmes de santé développés. Cela se fera notamment au travers de la mise en œuvre de séances de formation à destination du personnel des différents ministères impliqués dans le PRODESS-III sur l'approche genre dans le domaine de la santé, l'EFH, la budgétisation sensible au genre et le contenu de la PNG. Le degré d'implication des femmes et des jeunes au niveau des organes de gestion des services de santé sera également évalué de manière collaborative et des Points Focaux Genre seront mis en place et leurs capacités seront renforcées.

Afin d'améliorer la planification et permettre une prise de décision plus efficace au niveau du MFEF et de renforcer ainsi le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social, un certain nombre d'activités seront entreprises. En particulier, un Système d'Information sur la Protection de l'Enfant (SIPRE) et une base de données seront créés et maintenus à jour. Le personnel des DRPFFE sera formé en SIS (remplissage de supports de rapportage) et des missions de supervision et de suivi-évaluation des activités sur le terrain seront organisées. Un annuaire statistique sera élaboré chaque année et partagé largement dans une perspective de transparence et de collaboration avec les autres ministères engagés dans le PRODESS-III.

Afin de renforcer la participation des femmes aux organes de gestion des centres de santé communautaire, le MFEF coordonnera avec ses partenaires l'organisation de séances de sensibilisation en faveur de la participation active des femmes dans les organes de gestion et de décision. Ces formations couvriront également la prise de décision au niveau

communautaire. Des mesures seront prises afin d'assurer au maximum une représentativité des femmes dans les organes de gestion et des formations seront conduites à destination des acteurs/actrices de santé des cercles sur le processus de mise en place des Comités de Femmes Utilisatrices des services de santé (CFU). Un mécanisme de récompense sera mis en place pour les ASACO dont les postes de décision sont détenus par les femmes.

Des ressources financières adéquates à l'atteinte des objectifs du MFEF dans le cadre socio-sanitaire seront mobilisées et allouées. Pour ce faire sera mis en place un cadre de concertation annuel avec les partenaires. Le MFEF participera également à un plaidoyer auprès des PTF pour une mobilisation plus importante des ressources.

3.3.3.2 Renforcement des programmes prioritaires de santé des femmes et enfants

Le renforcement de certains programmes prioritaires de santé des femmes et des enfants relevant du MSHP va nécessiter des actions d'appui du MFEF. Il s'agira, en la matière, pour le MFEF, d'entreprendre des activités spécifiques complémentaires, tout en visant l'augmentation de la demande des services prioritaires, et la couverture universelle. Ces programmes prioritaires de santé concernent en particulier la santé maternelle et le système de référence/évacuation, la planification familiale, la nutrition et le développement de l'enfant, la lutte contre le paludisme et le VIH-SIDA.

Dans le domaine de la santé maternelle, une des priorités sera de rendre disponible au plus grand nombre le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE). Le MFEF en travaillera en étroite collaboration avec les autres deux départements, à tous les niveaux (voir aussi : section sur la mise en œuvre). Pour ce faire, plusieurs activités auront lieu dans le cadre du PRODESS-III, notamment l'organisation de séances de sensibilisation sur l'importance des services de santé de la reproduction et la mise en place de supervisions intégrées conjointes des districts sanitaires de la région. Une étude sur la sous-fréquentation des CSCOM par les femmes sera également menée sous la supervision du MFEF. Des séances de sensibilisation sur le problème des fistules obstétricales ainsi qu'un recensement des cas de fistules obstétricales seront également mis en œuvre.

Le système de référence/évacuation pour les femmes et enfants sera renforcé au travers d'un certain nombre d'interventions prioritaires, en particulier des rencontres de concertation entre les acteurs, les collectivités et la société civile autour de la référence/évacuation et des séances d'information des communautés, groupements de femmes et de jeunes sur la référence évacuation.

Afin de promouvoir la planification familiale au Mali, le MFEF se propose de sensibiliser les membres des communautés sur la santé de la reproduction et la planification familiale ainsi que de diffuser la politique de la législation relative à la SR. Des séances de distribution de contraceptifs féminins seront organisées à tous les niveaux et les services locaux seront formés sur les techniques de vulgarisation des méthodes contraceptives. Un plan intégré de communication pour le repositionnement de la PF sera élaboré et un curriculum de formation des parents sur la communication avec les enfants et les ados sur la SR développé. Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition au Mali, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées à l'intention des communautés sur l'importance de l'allaitement maternel et la nutrition des femmes enceintes. Des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des communautés sur l'importance d'une alimentation variée et

saine et l'utilisation des micronutriments à certaines périodes de la vie seront également menées. Le PRODESS-II contribuera également à la mise en œuvre du plan alimentaire et sanitaire des enfants vulnérables et prévoit la formation d'agents des services locaux pour implanter ce plan. Parmi d'autres activités de lutte contre la nutrition, le MFEF coordonnera la conduite d'une étude sur les tabous alimentaires de la femme enceinte allaitante et de l'enfant.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Mali et de ces effets sur la femme et l'enfant, le MFEF propose d'organiser des séances de plaidoyer à l'endroit des décideurs pour le renforcement de la PEC médicale des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité. Des séances de sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées à destination des femmes et sur l'importance de l'assainissement du milieu de vie contre les facteurs de paludisme seront également conduites, parmi d'autres activités.

Quant à la lutte contre le VIH/SIDA et de ses effets sur la femme et l'enfant maliens, des activités de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant seront assurées, ainsi que la prise en charge médicale et psychologique des PVVIH femmes en nouveau-nés. Des séances d'information et de sensibilisation généralistes sur le VIH/SIDA ciblant les femmes (importance des dépistages, des modes de transmission, discrimination, utilisation du préservatif, etc.) seront organisées et un accent particulier sera placé dans le renforcement des capacités des acteurs de terrain œuvrant à la lutte contre le VIH.

Afin de permettre la bonne réalisation de ces activités sur le terrain, l'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCCom et autres structures communautaires de promotion de la santé sera réhabilitée et renforcée au travers d'un certain nombre d'activités visant particulièrement les femmes et les enfants. En particulier, des séances de plaidoyer et de sensibilisation seront conduites pour la promotion des femmes et des jeunes dans les organes de gestion des organisations communautaires et leur participation aux actions.

3.3.3.3 Lutte contre les pratiques néfastes et des violences basées sur le genre

Une des priorités du PRODESS-III sera de faire en sorte que pratiques néfastes et violences basées sur le genre soient abandonnées. Pour ce faire, un certain nombre d'activités prioritaires ont été prévues par le MFEF. En particulier, un plan d'action national contre l'exploitation sexuelle des enfants sera créée et une étude nationale sur le phénomène de l'usage des stupéfiants conduite. Des séances de sensibilisation communautaires et de plaidoyer contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes seront mises en œuvre. Au niveau juridique, un cadre sera élaboré et appliqué pour lutter contre ces VBG et pratiques néfastes et ces législations seront largement diffusées à tous les niveaux.

Le conseil national de la famille sera créé et ses membres seront systématiquement formés sur les droits des enfants. La prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences basées sur le genre et les pratiques néfastes sera assurée à tous les niveaux et des cadres de concertation et comités locaux sur les pratiques néfastes et les violences basées sur le genre seront mis en place.

Enfin, un accent sera mis sur le renforcement des capacités des acteurs de terrain œuvrant à l'abandon des violences basées sur le genre, notamment afin qu'ils puissent être en mesure de collecter des informations importantes sur les violences basées sur le genre au Mali.

3.3.3.4 Prise en charge des victimes des catastrophes

La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes à destination des femmes et des enfants seront mises en œuvre au travers de plusieurs activités. En particulier seront organisées des sessions de formation des acteurs de protection de l'enfant sur : l'éducation aux risques des REG et Mines; les VBG; l'IDTR; la prise en charge psychosociale; la prise en charge des EAFGA. Des mesures législatives et réglementaires seront également adoptées concernant la prise en charge gratuite des femmes et enfants victimes de violences en période de crise et susciter la mise en place d'une autorité judiciaire chargée de la prise en charge des victimes des VBG.

La prise en charge psycho-sociale, médicale et alimentaire des femmes et enfants victimes de catastrophes sera systématiquement assurée, notamment grâce à un renforcement de capacité volontaire des acteurs de terrain œuvrant à la coordination de la réponse et la mitigation des effets sanitaires des catastrophes. En collaboration avec le CNTS (qui dispose de 2 communicateurs) seront organisées des séances de sensibilisation sur l'importance du don de sang et un système de surveillance et de communication de l'information sur les violations graves commises contre les enfants dans une situation de conflit armé sera mis en place.

De plus, la mise en œuvre de micro-projets en faveur des femmes victimes de la crise du nord (veuves des militaires et victimes de viols) sera appuyée dans le cadre du PRODESS-III. Des séances d'information et de sensibilisation seront tenues à destination des enfants, des familles, des communautés, des autorités et des membres des forces et groupes armés sur les risques liés à l'association des enfants aux conflits armés. Les structures de protection de l'enfant seront dotées en kits d'urgence les structures de protection de l'enfant.

3.3.3.5 Renforcement du rôle de la famille

La famille malienne est aujourd'hui en crise. Plusieurs facteurs négatifs endogènes et exogènes sont à la base de cette situation : dislocation de la famille élargie, perte de l'autorité des parents sur leurs enfants, perte des repères en matière d'éducation, pauvreté grandissante entraînant une faiblesse des revenus des familles, etc.

Aujourd'hui, au regard de cette situation défavorable pour la famille, des actions vigoureuses doivent être entreprises par le Gouvernement pour renforcer cette famille, cellule de base de la société.

Le PRODESS III est une opportunité pour relever un tant soit peu ce défi. Il s'agit d'entreprendre alors des actions concrètes en vue d'atteindre l'objectif de son renforcement, de sa consolidation. Il s'agira donc, dans le cadre du PRODESS-III d'aller à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de promotion de la famille. A côté de cette activité importante, il sera procédé au renforcement du Conseil national de la famille, qui est un organe consultatif créé auprès du Ministre de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant et dont la mission est de réfléchir sur les problèmes de la famille et de proposer des solutions au Gouvernement qui peut les transformer en décisions.

Enfin, la question des enfants sans attache familiale qui sont dans une situation de très grande précarité, et pour lesquels on est amené à chercher des familles de remplacement doivent être traités avec beaucoup d'égard. Ainsi la Convention de La Haye qui les régit (Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale) sera vulgarisée.

En résumé, trois activités phares doivent être entreprises dans le cadre du PRODESS pour le renforcement de la famille. Il s'agit de :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de la famille;
- Le renforcement du Conseil national de la famille sur les droits de l'enfant; et,
- La vulgarisation de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

3.3.3.6 Renforcement des services PFFE dans les régions et les Cercles

Afin de renforcer les services du MFEF aux niveaux régionaux et locaux, le PRODESS-III prévoit de développer les infrastructures et équipements nécessaires. En particulier, les DRPFEEF seront dotées de matériel et d'équipement indispensables à la poursuite de leur mission et de recruter et former un personnel compétent pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille. Assurer le fonctionnement des SLPFEEF et doter les SLPFEEF en outils (supervision, suivi, enquête, collecte de données) seront également des priorités. Le 'gap' (voir annexe 7) entre le personnel existant et le cadre organique sera aussi adressé par PRODESS-III. Le PRODESS-III inclura les activités prioritaires suivantes :

- Doter la DRPFEEF en matériel et équipement indispensables à la poursuite de sa mission, en particulier des bureaux, matériel roulant et informatique;
- Recruter et former un personnel compétent pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille;
- Former des agents de la DRPFEEF et d'autres agents sociaux sur la collecte, le traitement et l'analyse des données;
- Construire et doter les DLPFEEF en infrastructures indispensables à la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille; et,
- Assurer le fonctionnement du SLPFEEF et doter le SLPFEEF en outils (supervision, suivi, enquête, collecte de données).

Afin d'accélérer la décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme et pour soutenir le développement socio-sanitaire, le PRODESS-III prévoit d'élaborer un projet d'un paquet d'activités pour la Maison de la Femme et de l'enfant (études, ateliers).

3.4 Mise en œuvre du PRODESS-III

3.4.1 Cycle de Planification

Pour ce qui concerne la planification opérationnelle, qui est une tranche annuelle issue des PDSC élaborés et validés par les acteurs/actrices du niveau opérationnel, le processus d'élaboration des plans opérationnels pour l'année n+1 est mené pendant toute l'année n, sur la base des données de l'année n-1. L'élaboration de cette PO annuelle par les ECD ne devrait pas excéder un mois. La mise en œuvre optimale du PRODESS dépend pour une

large part d'une planification, efficace et crédible. Le PRODESS-III tirant les leçons de la mise en œuvre des deux précédents, mettra l'accent sur :

- La mise à disposition dans les délais des ressources, notamment financières et celles relatives aux données statistiques;
- Le renforcement des capacités de tout(e)s les acteurs/actrices au niveau du cercle/district pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans de développement sanitaire et social;
- Le renforcement de la capacité de la CPS du secteur (y compris : investissements intranet; serveurs pour banques de données SNIS; ressources humaines pour la planification et suivi/évaluation; etc.) pour assurer pleinement sa mission;
- Le renforcement de la capacité de la DRH, en tant que structure sectorielle, chargée de la gestion des RH. Ce renforcement inclut, entre autres : renforcer le système d'information sur les RH du secteur (3 départements); renforcer la capacité de gestion des RH du secteur; développer et adopter des politiques et plans stratégiques pour le MSAHRN et MFEF¹³⁶;
- Le renforcement de la capacité des CADD¹³⁷ (personnel; ressources matérielles et roulantes), pour pouvoir exécuter leur mission de (i) renforcer les capacités gestionnaires des acteurs locaux; (ii) mener des recherches actions sur le transfert des compétences; (iii) accompagner la relecture des textes des structures d'état, pour séparer les fonctions décentralisées et les missions déconcentrées et d'appui conseil;
- Le développement des plans opérationnels axés sur les résultats, la performance, l'égalité entre les femmes et les hommes et l'équité dans l'accès aux soins;
- La définition et la mise en œuvre des liens de collaboration entre les services de santé, le développement social, le MFPFE, les Collectivités et la société civile (Asaco). Concrètement, il s'agit de :
 - Développer des PO au niveau de tous les DS, qui intègrent les activités menées par les trois départements;
 - Exécuter et évaluer les PO des DS par une ECD complète (incluant au minimum un représentant de chaque département);
 - Consolider les PO des DS dans un PO-Cercle (dans les Cercles avec plusieurs DS);
 - Consolider les PO-Cercle au niveau régional, par l'équipe cadre régionale (représentant les trois départements);
 - Assurer la participation de la société civile (FENASCOM, FEMAPH, CAFO, FEMAT, et leurs démembrements; autres) dans les processus de planification, exécution et suivi/évaluation aux niveaux national, régional et local;
- Préciser, par la CPS et les CADD, les relations suivantes : ASACO – ECD; ASACO – collectivités territoriales;
- Assurer, par les équipes cadres, la cohérence entre les PO des DS et les Plans de Développement Socio-économiques des Communes (PDSEC);
- Renforcer le partenariat avec le secteur privé;
- La révision des organes de gestion des services de santé aux différents niveaux pour assurer une meilleure représentativité des femmes et des jeunes;

¹³⁶ A décider ultérieurement : une politique / un plan stratégique pour le secteur, ou : politiques/plans spécifiques par sous-secteur.

¹³⁷ Ou, après un éventuel fusionnement des trois CADD existants, du CADD du secteur.

- Le renforcement des capacités des femmes et des jeunes pour une meilleure participation à l'animation des services de santé;
- La mise en place de mécanismes d'allocation des ressources garantissant l'équité y compris la budgétisation sensible au genre;
- Le renforcement des capacités des acteurs et actrices en planification sectorielle décentralisée en vue de l'intégration des plans sectoriels santé (PDSC) dans les plans des collectivités (PDSEC); et,
- L'allègement et la simplification du processus : élaborer de nouveaux outils plus simple et facile à manipuler, réduction des délais d'arbitrage pour mettre un démarrage rapide des activités.

3.4.2 Mise en œuvre

Le PRODESS-III est mis en œuvre par les acteurs des secteurs public, privé et communautaire et par les PTF sous le leadership des trois Ministères du secteur. Les acteurs d'autres départements comme l'éducation nationale, l'agriculture etc. participent également à la mise en œuvre du PRODESS. Avec la multiplicité des acteurs, la coordination intra- et intersectorielle occupera une place particulière. Un accent sera mis sur la fonctionnalité des groupes thématiques, ce qui constitue un cadre spécifique à cet effet.

La mise en œuvre du PRODESS-III se fera à travers les PO annuels extraits des plans quinquennaux pour les services centraux et régionaux, des projets d'établissements pour les structures personnalisées et des PDSC pour les districts sanitaires. Le PRODESS-III accordera une grande priorité aux activités ayant un grand impact sur l'amélioration des indicateurs clés notamment la supervision, le monitoring, la production et la transmission dans les délais des rapports d'activités et ceux du SNISS. Les fonds non-ciblés doivent y être réservés en premier lieu. Une grande priorité sera également portée au respect de la planification. Les activités planifiées doivent être réalisées en priorité par rapport à celles non planifiées qui ne doivent pas perturber l'exécution des PO Validés.

Le schéma directeur du SNISS sera révisé pour prendre en compte le 3^{ème} département (MFEF) et donnera une plus grande visibilité à certains domaines comme les ressources humaines, les médicaments qui, pourront devenir des sous-systèmes. La révision du SD-SNISS prendra en compte l'élaboration de nouveaux supports et son informatisation. La mise en réseau de tout le système avec des supports faciles à maîtriser renforcera la crédibilité du SD-SNISS. Pour cela une étroite collaboration entre les différents services concernés (CPS, DNS ANTIM etc.) est une nécessité.

Timide pendant les PRODESS-I et II, le partenariat-public-privé (PPP) sera renforcé à tous les niveaux. Des dispositions institutionnelles seront prises pour faciliter l'interpénétration public-privé et permettre l'accès universel aux soins.

Le PRODESS-III inclura aussi des activités de 'marketing' auprès les acteurs principaux. La CPS sera le chef de file de ces activités, et inclura les moyens nécessaires dans son propre PO.

3.4.3 Suivi et Evaluation des PO

Le PRODESS-III accordera une grande importance au suivi évaluation. Le suivi de la mise en œuvre se fera à tous les niveaux.

Les organes de pilotage offrent un cadre de suivi participatif de la mise en œuvre. Ainsi, les PO des districts sanitaires seront suivis lors des conseils de gestion, ceux des directions

régionales et des services centraux lors des CROCEP et des comités techniques. Un accent sera mis sur la qualité des rapports qui seront présentés lors de ces assises. Ces rapports doivent être plus analytiques de manière à permettre une prise de décisions éclairées. Les recommandations issues des audits financiers feront l'objet comme celles des missions conjointes de suivi, d'un suivi particulier lors des réunions du comité de pilotage et/ou du comité technique. Cela permettra à tous les acteurs de participer à la correction des insuffisances.

Parallèlement à ce suivi participatif lors des sessions des organes du PRODESS, le suivi technique sera renforcé et permettra une bonne préparation des sessions. En effet, avec la révision du SD SNISS, les différentes structures techniques hiérarchiques suivront à temps presque réel la mise en œuvre du programme, il leur sera exigé une grande promptitude dans le feed-back. Le suivi à travers l'exploitation des rapports d'activités, l'analyse des informations sanitaires sera complété et renforcé par la supervision. Le PRODESS-III privilégiera la *supervision intégrée* à tous les niveaux. Les supervisions spécifiques seront également organisées suivant les contextes et les besoins.

Le monitoring sera institutionnalisé au niveau CSCoM, son financement de même que celui de la supervision seront garantis.

Le PRODESS-III sera évalué de trois manières:

- Une évaluation externe; sera organisée à la fin du programme c'est-à-dire en 2018;
- Une revue à mi-parcours (RMP) du PRODESS-III; sera réalisée courant 2016 par une équipe indépendante; et,
- L'évaluation annuelle consistera à transformer les missions conjointes de suivi en une évaluation interne annuelle sous l'égide du comité de pilotage.

Parallèlement, les groupes thématiques seront redynamisés pour une plus grande implication dans le suivi évaluation. Ils pourront solliciter des consultants indépendants pour l'analyse de certains thèmes ou participer à des activités de recherche opérationnelle.

Les annexes 13 et 14 contiennent les indicateurs de suivi;

- le Cadre Commun des indicateurs, pour suivre le secteur dans son ensemble (annexe 13); et,
- des indicateurs opérationnels, par composante (un indicateur par RS (annexe 14)¹³⁸.

3.4.4 Adaptation du manuel de procédures PRODESS

Un manuel de procédures indique les principes de gestion, les tâches et procédures à appliquer dans le cadre de l'exécution d'un Plan. La dernière version du manuel du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) a été élaboré par la Société d'Expertise Comptable DIARRA (SEC DIARRA) et date d'octobre 2005. Le document doit être impérativement révisé après l'élaboration de la première tranche quinquennale du PDDSS 2014 – 2018 pour permettre la prise en compte (I) du Ministère de la Promotion de la

¹³⁸En 2014, l'ensemble des indicateurs devra être revu (choix; définitions; moyens de vérification), surtout les indicateurs opérationnels des composantes 2 et 3, pour lesquels souvent la valeur de base n'est pas souvent disponible. Les indicateurs devraient être bien liés aux activités principales, telles que décrites dans l'annexe 3 (activités clés, par RS, par composante PRODESS-III).

Famille de la Femme et de l'Enfant qui a intégré le PRODESS en 2010(II) de tous les autres changements intervenus entre temps. Le tableau ci-dessous énumère entre autres quelques modifications à apporter.

Tableau 11. Modifications à apporter dans le Manuel des Procédures du PRODESS

MODULE	PAGE	OBSERVATIONS
Aspects institutionnels et procédures budgétaires	P. garde ...	- Corriger la page de garde en changeant : les noms des Ministères en charge du PRODESS, le Numéro du PRODESS si le terme PRODESS-III est entre temps validé, l'appellation DAF par DFM.
	Les autres pages	- Intégrer le Ministère de la promotion de la femme de la famille et de l'enfant dans tous les Organes d'Orientation, de Coordination, de suivi et d'Evaluation du PRODESS - Insérer l'organigramme du MFEF et revoir ceux des autres Ministères - Revoir les organigrammes des DFM - Remplacer DAF par DFM partout dans le module - Revoir le Découpage du Programme ainsi que les zones géographiques d'intervention - Revoir la liste des structures d'exécution du PRODESS au niveau central
	P. 18	- Revoir l'architecture comptable du Programme (sites et acteurs, - Revoir la liste des sites retenus pour disposer du TOMPRO qui sera en réseau multisite (version Web)
	P. 80	- Mettre à jour les critères de performance, tableaux de bord et suivi
	P. 87	- Revoir les dates clés de la gestion du PRODESS
	Procédures comptables	
Procédures financières	P. 03	- Tenir compte des aspects de la PFFE dans la définition des acteurs impliqués, les supports utilisés ainsi que le détail des tâches à exécuter dans le cadre de la programmation trimestrielle aux différents niveaux, - Remplacer DAF par DFM partout dans le document.
Procédures de gestion du patrimoine	P. 02	- Actualiser le tableau définissant les ordonnateurs matières, Comptables matières et détenteurs pour chaque bureau Comptable
Procédures de gestion du personnel	P. 02	- Compléter les textes de référence en matière de gestion des ressources humaines - Actualiser le tableau qui synthétise les ordonnateurs dans le cadre de la gestion du Personnel.
		(i)
Procédures de passation de marchés	P. 04	- Revoir la procédure de recrutement des contractuels
	P. 04	- Mettre à jour le tableau de répartition des responsabilités au sein des départements et cela aux différents niveaux
	P. 42	- Revoir les seuils objectifs fixés pour la passation des marchés selon l'appel d'offres ou l'adjudication ouverts

Source : Equipe de Formulation PRODESS-III, Février 2014

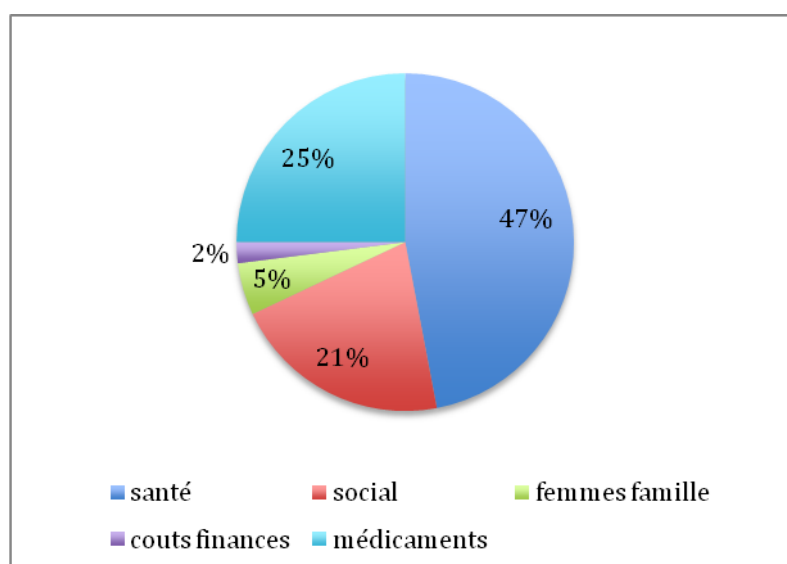
3.5 Coûts du PRODESS-III et son financement

3.5.1 Budget requis ('minimal'), pour les interventions prioritaires

La budgétisation du PRODESS s'est fait à partir de l'attribution des coûts aux interventions prioritaires identifiées (voir aussi annexe 3) par composante santé (composante 1), social (composante 2) et famille (composante 3), en intégrant les éléments transversaux comme les finances et aussi les médicaments et consommables.

Le tableau du budget ainsi représenté permet d'appréhender le *montant minimum* pouvant assurer les interventions prioritaires du PRODESS. Ce montant est de *US\$ 19,67 per capita par année*. La graphique suivante montre la répartition de ces coûts, par composante (médicaments ; coûts financiers montrés séparément) :

Figure 12. Coûts par composante pouvant assurer les interventions prioritaires du PRODESS-III



Source : équipe PRODESS-III

En matière de composante, les coûts pour la 'santé', y compris les médicaments, représentent à peu près les 2/3 du budget. Concernant les OS, ce sont surtout les OS 6 (offre des services), OS7 (médicaments) et OS9 (protection sociale) qui absorbent une part importante du budget à concurrence de la moitié du total (voir tableau suivant, pour la répartition des coûts, par OS et par Composante).

La mobilisation du montant minimal présenté dans le présent document doit en fait revenir à l'Etat en premier lieu. Les budgets additionnels sont également nécessaires et pourraient être éventuellement affectés aux interventions transversales¹³⁹.

¹³⁹ Voir section 3.2

Tableau 12. Coûts du PRODESS-III par composante et par OS

	Coûts composante Santé	Coûts composante Social	Coûts composante Famille	Coûts budgétisation- finances	Coûts médicaments et consommables	TOTAL	% OS	TOTAL en \$ par année	Per Capita en US\$ par année
	47%	21%	5%	2%	25%	100%			
TOTAL	366.921.620.000	168.799.976.000	42.514.175.000	13.650.000.000	195.024.645.000	786.910.416.000	100%	314.764.166	19,67
OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	87.371.765.000	7.007.834.000	7.271.512.000			101.651.111.000	14%	40 660 444	2,54
OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles.	5.865.038.000	3.100.945.000	724.282.000		5.000.000.000	14.690.265.000	2%	5 876 106	0,37
OS 3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles	1.317.960.000				706.967.000	2.024.927.000	0%	809 971	0,05
OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé	5.644.800.000	50.000.000	394.007.000		50.000.000	6.138.807.000	1%	2 455 523	0,15
OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique	1.625.600.000	893.525.000	1.124.324.000			3.643.449.000	0%	1 457 380	0,09
OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	241.537.645.000	8.563.416.000	2.299.966.000	13.440.000.000		265.841.027.000	34%	106.336.411	6,65
OS 7 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins	-				188.767.678.000	188.767.678.000	24%	75 507 071	4,72
OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable	15.356.300.000	265.000.000			500.000.000	16.121.300.000	2%	6 448.520	0,40

Tableau 12. Coûts du PRODESS-III par composante et par OS (suite)

	Coûts composante Santé	Coûts composante Social	Coûts composante Famille	Coûts budgétisation- finances	Coûts médicaments et consommables	TOTAL	% OS	TOTAL en \$ par année	Per Capita en US\$ par année
OS 9 : 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 efficaces.	-	137.794.995.000	27.940.219.000	160.000.000		165.895.214.000	21%	66.358.086	4,15
OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et sociale fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social.	4.606.207.000	2.258.000.000	1.182.344.000	50.000.000		8.096.551.000	1%	3.238.620	0,20
OS 11 : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes et une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle	3.596.305.000	8.866.261.000	1.577.521.000	-	-	14.040.087.000	2%	5.616.035	0,35

(source : équipe PRODESS III)

3.5.2 Coûts et ressources : scenarii de l'enveloppe ; analyses de 'gaps' ; rôle des PTF

3.5.2.1 Ecart entre budgets 'minimum' et 'maximum'

L'équipe chargée de l'élaboration du PRODESS-III a déterminé les interventions jugées comme étant prioritaires à réaliser durant la période quinquennale s'étalant de 2014 à 2018 (voir annexe 3 pour les détails sur les interventions prioritaires, par OS et RS, et par Composante).

Des coûts ont été attribués à ces interventions prioritaires:

- A partir des coûts identifiés dans les Plans élaborés par les institutions centrales d'une part et ceux des régions d'autre part; et,
- A partir des travaux de réflexion entre les membres de l'équipe eux-mêmes concernant les interventions ne figurant pas dans les plans régionaux ou centraux.

Dans les simulations et scénarii qui vont suivre, les coûts des interventions identifiées par l'équipe du PRODESS-III constitueront ce qu'on va appeler « le budget minimum » car ils correspondent aux coûts des interventions jugées comme étant prioritaires. Les deux tableaux suivants montrent les coûts de ces interventions prioritaires.

Tableau 13. Coûts du PRODESS-III durant la période quinquennale, par composante, en FCFA, et per capita en US\$

		Coûts composante Santé (y compris MEG et couts financiers)	Coûts composante Social	Coûts composante Famille /Femmes/Enfants	Total
Priorisation Equipe PRODESS 2014-2018	Montant	575.596.265.000	168.799.976.000	42.514.976.000	786.910.416.000
	% des composantes	73%	21%	5%	100%
	en \$ per capita	71,9	21,0	5,3	98,36

Source : Equipe PRODESS-III

Tableau 8. Coûts du PRODESS-III par composante, par an, en FCFA, et par capita en US\$

		Composante Santé	Composante Social	Composante Famille /Femmes/Enfants	TOTAL
Priorisation Equipe PRODESS pour une année	Montant	115.119.253.000	33.759.995.200	8.502.995.000	157.382.083.000
	% des composantes	73%	21%	5%	100%
	en \$ per capita	14,4	4,2	1,1	19,67

Source : Equipe PRODESS-III

Les coûts des interventions identifiées dans les Plans des institutions centrales et ceux des régions constitueront ce qu'on va appeler « le Coût maximum » car ils correspondent aux coûts des interventions souhaitées par les acteurs centraux et régionaux (voir les deux tableaux suivants).

Tableau 9. Coûts ‘maximum’, par composante, par niveau, et per capita en US\$

		Coûts composante Santé	Coûts composante Social	Coûts composante Famille / Femmes / Enfants	Total
Coûts maximum déterminé par les plans régionaux et ceux des institutions centrales 2014-2018	Plans régionaux	1 370 741 438 000	978 149 032 000	252 345 960 000	2 601 236 430 000
	Plans institutions centrales	1 049 410 020 877	758 802 098 224	62 577 666 522	1 870 789 785 624
	Montant total budget maximum	2 420 151 458 877	1 736 951 130 224	314 923 626 522	4 472 026 215 624
	% des composantes	54%	39%	7%	100%
	Total en \$ per capita	302,52 \$	217,12 \$	39,37 \$	559,00 \$

Source : Equipe PRODESS-III

Tableau 10. Coûts annuel ‘maximum’, issu des plans centraux et régionaux pour une année

		Composante Santé	Composante Social	Composante Famille / Femmes / Enfants	TOTAL
Coûts maximum déterminé par les plans régionaux et ceux des institutions centrales pour une année	Plans régionaux	274 148 287 600	195 629 806 400	50 469 192 000	520 247 286 000
	Plans institutions centrales	209 882 004 175	151 760 419 645	12 515 533 304	374 157 957 125
	Montant	484 030 291 775	347 390 226 045	62 984 725 304	894 405 243 125
	% des composantes	54%	39%	7%	100%
	en \$ per capita	60,50 \$	43,42 \$	7,87 \$	111,80 \$

Source : Equipe PRODESS-III

Vu l'écart entre ces montants dans les plans, et la taille de 'l'enveloppe des ressources' (voir ci-dessous : analyse gaps), l'importance d'un processus de 'prioriser des priorités' (ce que l'équipe PRODESS III a fait) est évidente.

Le calcul des coûts des priorités retenues pour le PRODESS III permet de constater que :

- La composante santé (y compris médicaments et coûts financiers), avec un coût annuel de US\$ 14,4 per capita représente 73% du coût total du PRODESS-III qui est de l'ordre de US\$ 19,67 per capita et par an.
- La part des composantes 'social' et 'femmes/famille' est, respectivement : 21% (social) et 5% (femmes/famille). Les coûts pour la protection sociale sont relativement importants, par rapport aux totaux.
- Par rapport au coût considéré comme maximum déterminé par les plans régionaux et ceux des institutions centrales, le total est de US\$ 111,80 per capita et par an (donc, presque 5 fois plus élevé que le budget minimum).

Tableau 11. Ecart entre les Coûts minimum et maximum, en FCFA, et per capita en US\$

Priorisation Equipe PRODESS pour une année		157 382 083 000	US\$19,67
Budget maximum déterminé par les plans régionaux et ceux des institutions centrales pour une année	Plans régionaux	520 247 286 000	US\$ 65,0
	Plans institutions centrales	374 157 957 125	US\$ 46,80
	Total budget max	894 405 243 125	US\$ 111,80

Source : Equipe PRODESS-III

En fait, lorsqu'on procède à une analyse des coûts des interventions définies par les Plans régionaux et centraux, on peut voir que les interventions identifiées par le niveau central représentent 18% du budget dit maximum¹⁴⁰.

3.5.2.2 Ressources disponibles – scenarii pour le budget d'état

Ressources disponibles

Les prévisions budgétaires de l'Etat représentent les allocations spécifiques pour les départements concernés, ce qui fait ressortir une différence avec la répartition fonctionnelle du budget. Pour 2014, le gap entre le budget total 'minimal' et les moyens nationaux disponibles s'élève à 19%. Par contre les analyses devront se poursuivre pour déterminer la capacité réelle du budget d'Etat à couvrir les dépenses de la composante social.

Tableau 12. Prévision budgétaire pour 2014, et gaps par rapport au chiffrage des coûts pour les interventions prioritaires

		Composante Santé	Composante Social	Composante Famille / Femmes / Enfants	TOTAL
Prévisions budgétaires de l'Etat 2014	Montant (FCFA) [a]	90 640 782 000	39 869 952 000	5 476 265 000	135 986 999 000
	% des composantes	67%	29%	4%	100%
	en \$ per capita	11,33	4,98	0,68	17,00
Coûts calculés pour les interventions prioritaires 'minimales', par an, en F CFA		115 119 253 000	33 759 995 200	8 502 995 200	157 382 083 200
Gaps du budget de l'état pour financement priorités des 3 composantes pour 2014 ([b-a]/b)		21%	-5%	3%	19%

Source : Equipe PRODESS-III

¹⁴⁰ Evidemment, les dépenses faites au niveau central incluent aussi des dépenses au profit de la périphérie, par exemple l'achat des médicaments.

Scenarii pour le budget d'état

Les budgets étatiques disponibles pour le secteur socio sanitaire ont été déterminés à partir du budget prévu pour 2014 et à partir de différents scénarii pour 2015 à 2018. Les simulations ont considéré des éléments fondamentaux à savoir :

- (i) US\$ 1 = 500 FCFA
- (ii) Une augmentation moyenne de 7,60% par an du budget d'Etat global avec un taux de progression pour la santé de 9,60% et de 13,60% pour le développement social et celui de la femme, de l'enfant et de la famille¹⁴¹. L'augmentation de la population Malienne est de 3.6% par an¹⁴²
- (iii) L'augmentation ou non du budget consacré au 'secteur socio sanitaire'¹⁴³.
- (iv) L'atteinte ou non du niveau de l'allocation sectorielle pour le bénéfice du secteur socio sanitaire¹⁴⁴ prévu dans le Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT)

Scénario 1 'optimiste'; graduellement, le % du budget d'Etat affecté au secteur socio-sanitaire augmente, et sera de 13%¹⁴⁵ en 2018

En considérant une augmentation progressive du budget de l'état consacré au secteur socio sanitaire par rapport au budget gouvernemental total estimé à 9% en 2014, avec une augmentation de 4 points et une proportion de 13 % en 2018; on constate les faits suivants (voir tableau ci-dessous) :

- De 2016 à 2018, l'Etat pourrait éventuellement subvenir au financement du PRODESS avec même un surplus sur le coût des interventions prioritaires identifiées, si toutefois la répartition intra sectorielle permet d'assurer la prise en charge des besoins de financement pour les catégories de dépenses spécifiques ;
- Une nécessité de répartition interannuelle des activités est à prévoir pour amoindrir les gaps de financement annuel du PRODESS ;
- En totalité, durant la période quinquennale, il y aura toujours un gap (entre le budget total 'minimal' et les moyens nationaux disponibles).

¹⁴¹Données issues du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT)/ MEF

¹⁴²Données issues du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CBMT)/ Ministère de l'Economie et des Finances

¹⁴³ Secteur socio sanitaire représente les Ministères chargé de la santé, du développement social et celui de la Femme, de l'Enfant et de la Famille....

¹⁴⁴Données issues du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CBMT)/ Ministère de l'Economie et des Finances

¹⁴⁵Néanmoins, l'objectif d'Abuja concernant spécifiquement la santé propose de consacrer au moins 15% des ressources publiques à la santé

Tableau 13. Enveloppe des ressources conformément aux allocations sectorielles du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT)

	2015	2016	2017	2018	
% budget d'état " Secteur Socio-sanitaire" 2015 par rapport au budget total gouvernemental	9%	12%	13%	13%	Gap total durant la période 2014-2018 pour le Financement étatique des 3 composantes durant la période 2014-2018
Montant du budget d'état du " Secteur Socio-sanitaire" en F CFA [a]	150 855 599 584	167 398 269 245	185 809 267 558	206 306 065 677	
Coûts des interventions prioritaires PRODESS III – 3 composantes [b]	157 382 083 200	157 382 083 200	157 382 083 200	157 382 083 200	
Montant du budget du " Secteur Socio-sanitaire" en \$ per capita	19	21	23	26	89
% du GAP par rapport par rapport au coût des priorités ((b-a)/b)	4%	-6%	-18%	-31%	-13%

Source : Equipe PRODESS-III

Scénario 2 'pessimiste'; le budget d'Etat pour le secteur socio-sanitaire reste à moins de 10% du budget d'Etat

Un scénario pessimiste est aussi étudié (voir tableau ci-dessous). Il prend en compte le fait que la situation actuelle va perdurer au cours de la période quinquennale du PRODESS-III. Le budget consacré au secteur socio sanitaire serait inférieur à 10% du budget gouvernemental total au cours des cinq années. Conclusions :

- Le budget du secteur sera alors de 81 US\$ per capita pendant ces cinq années.
- Le gap représenterait un excédent de 3% du coût total des interventions du PRODESS-III, dans les conditions optimales de répartition des ressources entre les différentes rubriques de financement.

Le gap par rapport au coût des priorités PRODESS diminuera au fil des années et l'augmentation en valeur absolue du budget étatique et donc l'augmentation annuelle consécutive.

Tableau 20. Enveloppe des ressources nationales 2015 – 2018 et gaps; scenario pessimiste

	2015	2016	2017	2018	
% budget d'état " Secteur Socio-sanitaire" 2015 par rapport au budget total gouvernemental	9%	9%	9%	9%	Gap total durant la période 2014-2018 pour le Financement étatique des 3 composantes durant la période 2014-2018
Montant du budget d'état du " Secteur Socio-sanitaire" en F CFA [a]	150 855 599 584	153 907 143 206	165 604 086 089	178 189 996 632	
Coûts des interventions prioritaires PRODESS III – 3 composantes [b]	157 382 083 200	157 382 083 200	157 382 083 200	157 382 083 200	
Montant du budget du " Secteur Socio-sanitaire" en \$ per capita	19	19	21	22	81
% du GAP par rapport par rapport au coût des priorités ((b-a)/b)	4%	2%	-5%	-13%	-3%

Source : Equipe PRODESS-III

3.5.2.3 Recouvrements.

La contribution des ménages à travers les recettes du recouvrement des couts et celles des EPA représentent une part des financements, pour lesquels des difficultés existent pour une estimation exhaustive, à ce stade. A titre d'exemple pour le département de la santé et de l'hygiène publique, le fonctionnement des CSRéf, CSCom et hôpitaux est partiellement assuré sur les recettes des recouvrements. Cependant, les recettes sur les recouvrements ont une tendance à la diminution eu égard aux gratuités concernant la prise en charge de certaines interventions dans les centres de santé. Ainsi, le recouvrement de coût per capita a été estimé à US \$ 1,7 en 2008 contre 0,9 en 2009¹⁴⁶ pour la santé.

3.5.2.4 Rôle des PTF

Au cours de l'élaboration du PRODESS, un questionnaire a été adressé aux PTFs (voir aussi méthodologie, chapitre 1) aux fins d'avoir des informations relatives à leurs appuis actuels (2014) mais surtout futurs (2015 à 2018).

Les réponses obtenues à partir de cette enquête se sont avérées incomplètes. Les chiffres utilisés dans les tableaux qui suivent sont le fruit de l'extrapolation à partir de ladite enquête, tout en considérant le fait que l'appui financier dont bénéficierait le PRODESS de la part de ces PTF ne pourra s'appuyer qu'en une partie de ces projets de financements car une grande partie ne figurera pas dans l'enveloppe du secteur et ne passera pas à travers le Ministère des Finances et du Budget.

¹⁴⁶ Estimé sur la base des données du rapport d'évaluation du PRODESS. 2011

Si on considère qu'un appui maximum de 18US\$ per capita¹⁴⁷ soit apporté par les PTF durant la période quinquennale. C'est dans le scénario « optimiste » où le budget étatique serait de US\$ 80 per capita pendant la durée du programme, que le gap sera presque comblé car le total nécessaire est de US\$ 98,35 et le budget dont on disposerait serait de US\$ 98 per capita.

3.5.2.5 'Gestion du GAP'

L'analyse financière montre qu'il y a des 'gap' entre (i) l'enveloppe des ressources financières disponibles, et (ii) le budget 'minimum' nécessaire pour couvrir les coûts des interventions prioritaires retenus (voir annexe 3). Ceci est le cas dans les deux scénarii (pessimiste et intermédiaire), et pour 2014 à 2016 pour le scénario optimiste.

Il est donc important de retenir certains principes de 'gestion de ces gaps', par exemple lors du processus de validation annuelle des PO. Dans ce document du PRODESS-III, les principes de cette gestion sont proposés. Dans le nouveau manuel des procédures, qui sera élaboré après validation du PRODESS-III, ces principes sont complétés avec des procédures détaillées.

La gestion des gaps reposera sur les principes suivants :

- (i) Le respect de la clé de répartition du budget global (60% pour le niveau régional, 30% pour les structures centrales et 10% pour les EPH). Cette clé de répartition est en application depuis le PRODESS II ; et,
- (ii) La non fongibilité des ressources allouées pour le financement des activités ciblées. Il s'agit de respecter les allocations budgétaires orientées vers certaines interventions.

Le respect de ces deux principes conduira à dégager un montant non ciblé. Ce montant sera réparti entre les activités prioritaires non encore financées suivant les critères de priorisation :

- (i) Donner la priorité aux activités des districts sanitaires. Les districts sanitaires constituent la cheville ouvrière du système de santé du Mali. Le PRODESS-III met l'accent sur son renforcement enfin qu'ils jouent pleinement leurs missions.
- (ii) Donner la priorité aux activités qui facilitent la réalisation d'autres interventions par exemple les supervisions intégrées, les monitorages, inventaire, contrôle /audit interne. Ces activités n'attirent pas souvent l'attention des partenaires; cependant, elles sont essentielles pour la réussite du PRODESS-III. En plus, elles offrent les meilleures options d'efficacité et d'efficience.
- (iii) Donner la priorité aux activités pouvant influencer les indicateurs clés, telles que : la vaccination; la prise en charge des urgences obstétricales; la lutte contre le paludisme; la lutte contre la tuberculose; la lutte contre le SIDA; la sensibilisation sur les droits des femmes et des enfants.

¹⁴⁷ Attribué sur la base de la moitié des financements avancés par les PTF, moitié supposée par l'équipe comme pouvant être intégré à l'enveloppe budgétaire du PRODESS

- (iv) Donner la priorité aux activités de fonctionnement par rapport aux investissements. Allouer au moins 40% du budget des CSCOM et 60% du budget des CSRéf au fonctionnement.
- (v) Accorder une importance à la collaboration entre les trois composantes dans les PO. La priorité sera accordée aux DS qui disposent des PO élaborés par l'ensemble des acteurs, contenant un paquet cohérent des activités menées par les trois départements.
- (vi) Prendre en compte dans les PO le droit de la femme et de l'enfant.
- (vii) Renforcer de la demande.
- (viii) Accorder la priorité aux activités ayant permis d'atteindre les objectifs.

3.5.2.6 En conclusion...

Le PRODESS ne pourra être financé par le budget de l'état seul au terme de sa période quinquennale sauf si on va dans le sens de la déclaration d'Abuja et, qu'il soit attribué au moins 13 % du budget de l'état en 2017 et 15% en 2018 ¹⁴⁸ ;

Dans tous les cas, une répartition interannuelle des activités serait nécessaire pour amoindrir les gaps de financement annuel du PRODESS, quelque soient les montants des financements sectoriels étatiques ou ceux de la part des PTF.

L'analyse des coûts et de l'enveloppe des ressources montre aussi l'importance d'aligner au maximum les apports externes au PRODESS, pour s'assurer que toutes les ressources soient utilisées pour combler les gaps existants.

¹⁴⁸ Scénario optimiste

4. ANNEXES

Annexe 1. Abréviations, sigles, acronymes

ABS	Appui budgétaire sectoriel
ACCR	Association des Collectivités Cercles et Régions du Mali
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AMM	Association des Municipalités du Mali
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ANSSA	Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique médical
ARP	Autorité de Réglementation Pharmaceutique
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
ATR	Accoucheuse traditionnelle recyclée
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
C4D	Communication pour le Changement des Comportements, pour le Développement
C.E	Code Economique
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation et Déconcentration
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CAMASC	Centre d'Appui aux Mutuelles, Associations et Sociétés Coopératives
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDSES	Centres communaux de développement social et de l'économie solidaire
CC-PSPHR	Cellule de coordination du projet santé population et hydraulique rurale
CD	Communication pour le Développement
CECI	Centre d'Etudes et de Coopération Internationale du Canada
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CFU	Comités de Femmes Utilisatrices des services de santé
CICAH	Commission Interministérielle, Chargée de l'Action Humanitaire

CM	Comités de Médicament
CMIE	Centres Médicaux Interentreprises
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAOM	Centre d'Appareillage Orthopédique du Mali
CNDIFE	Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant
CNOS	Centre National d'Odontostomatologie
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation prénatale
CpoN	Consultation post-natale
CPS SS DS PF	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et de la Promotion de la Femme
CROCEP	Comité régional d'orientation de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
CT	Comité Technique
CT	Comité Thérapeutique
DBC	Distribution à Base Communautaire des Contraceptifs
DCI	Dénomination Commune Internationale
DFM	Direction des finances et du matériel
DHPS	Division Hygiène Publique et Salubrité
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DNDS	Direction Nationale de Développement Social
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction Pharmacie et Médicaments
DRDS-ES	Directions Régionales du Développement Social et de l'Économie Solidaire.
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRPFEF	Direction régionale de la planification de la femme de l'enfant et de la famille
DRS	Directions Régionales de la Santé
DS	District Sanitaire
DS	Développement Social
DTCP	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite

DV	Dépôt de Vente
ECD	Équipe cadre du district
ECDRS	Équipe cadre de la direction régionale de la santé
ECDS	Équipe cadre du district sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EHRPM	Plan d'Intervention Humanitaire de la CEDEAO au Mali
EIUC	Equipe d'Intervention d'Urgence de la CEDEAO
EPH	Etablissement Public Hospitalier
ESS	Économie sociale et solidaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement basé sur les résultats
FELASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaires
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaires
FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaires
FSN	Fonds de Solidarité Nationale
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GATPA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
HHA	Harmonization for Health in Africa,
HIMO	Haute Intensité en Main d'œuvre
IAS	Inspection des Affaires Sociales
IAS	Infections Associées aux Soins
ICT	Informatique communication et télémédecine
IEC	Information, Education et Communication
IERGG	Institut d'Études et de Recherche en Géronto-Gériatrie,
IHP+	l'International HealthPartnership
INFTS	Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA	Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique
IS	Inspection Santé
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISS	Institution de Sécurité Sociale
JNESC	Journées Nationales d'Evaluation des Structures Centrales
KIT/IRT	Institut Royal des Tropiques (Amsterdam)

LCP	Lutte contre la Pauvreté
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de la Santé
MSAHRN	Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées
MDSSPA	Ministère de Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFEF	Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSAHRN	Ministère de la solidarité, de l'Action Humanitaire et la Reconstruction du Nord
ODHD	Observatoire du Développement Humain Durable
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
OMATHO	l'Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
OS	Objectifs Stratégiques
PO	Plan Opérationnel
PACR	Projet d'Appui aux Communautés de Rurales
PADEC	Projet d'Appui au Développement Communautaire
PAG	Programme d'Actions du Gouvernement
PAN-EPS	Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale
PCA	Président du conseil d'administration
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDSC	Plan de développement sanitaire du cercle
PDSEC	Plan de développement social économique et culturel
PE	Projets d'établissement
PF	Planning Familial
PFFE	Promotion de la femme de la famille et de l'enfant
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAH	Politique Nationale de l'Action Humanitaire
PNDRHS	Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la santé
PNG	Programme national genre

PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPP	Partenariat-Public-Privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSPHR	Projet Santé Population et Hydraulique Rurale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le Virus d'immunodéficience humaine
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RBC	Réadaptation à Base Communautaire
RENAPESS	Réseau National d'Appui à la Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire
RGPH	Recensement général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RS	Résultats Stratégiques
SAE	Système de Surveillance et d'Alerte Epidémiologique
SAP	Système d'alerte précoce
SD SNISS	Schéma directeur du système national information sanitaire et sociale
SDAME	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SD-SNISS	Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SEC	Soins essentiels dans la communauté
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIGI	Social Institution and Gender Index
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLDS-ES	Services Locaux du Développement Social et de l'Économie Solidaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SLPFEF	Service local de la promotion de la femme de la famille et de l'enfant
SMART	Spécifique; Mesurable; Acceptable; Réaliste; Temporellement défini
SMNI	Soins Maternels, Néonataux et Infantiles
SNV	Service Néerlandais des Volontaires
SONE	Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SR	Santé de la Reproduction
TIAC	Toxi-infections Alimentaires Collectives

TOMPRO	Logiciel de comptabilité
UEMOA	Union Monétaire Ouest Africaine
UN	Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les activités des populations
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux

Annexe 2. PDDSS 2014-2023 : 11 OS et 63¹⁴⁹ RS

Le PDDSS contient 11 Objectifs Stratégiques (OS), et, en total, 62 Résultats Stratégiques (RS).

Tableau 214. Les 11 OS et les 63 RS du PDDSS/PRODESS-III

Objectifs Stratégiques	Résultats Stratégiques
OS-1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.	RS 1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.
	RS 1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.
	RS 1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.
	RS 1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées.
	RS 1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.
	RS 1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace.
	RS 1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace
	RS 1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel
	RS 1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.
	RS 1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.
OS-2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles.	RS 2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali
	RS 2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.
	RS 2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.
	RS 2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.
	RS 2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.
OS-3. Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles.	RS 3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace
	RS 3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience

¹⁴⁹ Y compris RS 7-10 (usage rationnel des médicaments)

OS-4. Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé.	RS 4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.
	RS 4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.
	RS 4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.
	RS 4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées
OS-5. Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique.	RS 5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.
OS-6. Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations.	RS 6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées
	RS 6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée
	RS 6.3. La recherche action en santé communautaire est développée
	RS 6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.
	RS 6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.
	RS 6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.
	RS 6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.
	RD 6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.
	RS 6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.
	RS 6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.
	RS 6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenu sont renforcées.
	RS 6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate

OS-7. Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins.	RS 7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.
	RS 7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.
	RS 7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.
	RS 7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.
	RS 7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.
	RS 7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.
	RS 7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.
	RS 7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.
	RS 7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.
	RS 7.10. L'usage rationnel des médicaments est assuré
OS-8. Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.	RS 8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.
	RS 8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.
	RS 8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.
OS-9. 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 efficaces.	RS 9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.
	RS 9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.
	RS 9.3. L'aide sociale est renforcée
	RS 9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.
	RS 9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.
OS-10. Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et sociale fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social.	RS 10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces. Statut sanitaire et social.
	RS 10.2 Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données
	RS 10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

<i>OS-11. Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes et une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.</i>	RS 11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.
	RS 11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue
	RS 11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés.
	RS 11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée
	RS 11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.
	RS 11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.
	RS 11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.
	RS 11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.

Annexe 3. Activités prioritaires et cibles 2018, par Composante PRODESS-III.

Composante 1 : Santé en Hygiène Publique

(Note : les RS sans activités pour la composante 1 sont toujours inclus dans la liste)

OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

RS 1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.

Extrant 1.1.1. Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de Soins Maternels, Néonataux et Infantiles (SMNI)

- Former 75 personnes pour toutes les régions à la prise en charge des fistules obstétricales;
- Former un noyau de 75 personnes pour toutes les régions aux soins essentiels aux nouveau-nés.
- Former un noyau de 75 personnes en SAJ pour toutes les régions
- Former un noyau de 75 personnes en TETU pour toutes les régions
- Former un noyau de 90 personnes à la prise en charge des soins après avortement pour toutes les régions
- Former un noyau de 90 personnes en prévention et ou à la prise en charge du cancer du col de l'utérus et du sein pour toutes les régions

Extrant 1.1.2. Extension de la PTME à toutes les structures offrant des services de Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels (SONE);

- Former un noyau de 75 personnes sur les modules révisés PTME
- Renforcer les sites PTME existants (347) y compris le diagnostic précoce.
- Mettre en place 40 nouveaux sites par an
- Mener une étude chaque année pour évaluer le taux de transmission Mère-enfant du VIH.

Extrant 1.1.3. Extension de la stratégie PCIME et son adaptation aux missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire

- Former un noyau de 75 personnes en PCIME
- Assurer le suivi des activités de la PCIME au sein des structures de santé et de la Communauté

Extrant 1-1-4. Mise à échelle des soins essentiels dans la communauté en prenant en compte la prise en charge des agents de santé communautaire et des relais;

- Étendre les soins essentiels dans la communauté (SEC) dans 212 aires de santé.

Extrant 1-1-5. Extension de la politique de gratuité à la prise en charge de la fistule obstétricale, du cancer du col de l'utérus et du sein

- Faire le plaidoyer pour la prise en charge gratuite des fistules obstétricales, du cancer du col et du sein.
- Impulser la prise en charge de 250 cas de fistules, du cancer du col et du sein par les CSRéf et hôpitaux

Extrant 1-1-6. Amélioration de l'accueil et de la qualité des services dans les structures pour un accès facile des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de SR.

- Former un noyau de 90 personnes sur la responsabilité médicale.
- Former un noyau de 20 personnes de la DSR. sur l'accueil au sein des structures de santé.
- Organiser le circuit du malade/ patient/ client dans 100% des structures.
- Diffuser la charte du malade à tout le personnel de santé.
- Former 75 personnes sur les audits des décès maternels et néonataux.
- Évaluer et réviser tous les trois ans les PNP.
- Valider les PNP révisées
- Assurer la dissémination permanente et formative des PNP.
- Elaborer les supports de mise en application des PNP.

Extrant 1-1-7. Amélioration des services de Santé de la Reproduction.

- Former le personnel de santé de la SR à la recherche-actions.
- Effectuer au moins deux recherches-actions par région par an sur la SR.
- Disséminer les résultats des recherches-actions lors des revues annuelles au niveau régional.
- Former les enseignants et les encadreurs permanents des établissements de formation en santé de la reproduction.
- Renforcer les établissements de formations en santé en matériel didactique adapté en SR.
- Procéder à l'élaboration et aux mises à jour des outils de formation continue.

RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.

Extrant 1-2-1. Renforcement du plateau technique des structures de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales (maternités, blocs opératoires, salle de réanimation de la mère, espaces de réanimation du nouveau-né, banque de sang);

- Renforcer l'équipement technique des structures SONU existantes (61 SONUC et 81 SONUB).
- Acquérir 76 ambulances pour les structures SONUC.
- Equiper les structures de SR en matériel technique adapté (567 CSCOM).
- Doter la DSR en véhicules de supervision.
- Réhabiliter les structures existantes ne répondant pas aux normes (blocs, salles de réveil avec circuit d'oxygène, hospitalisation, etc.).

Extrant 1-2-2. Renforcement de la politique de gratuité de la césarienne en prêtant une attention particulière à son intégration dans le système de gestion des formations sanitaires, à l'approvisionnement régulier des structures de référence en "kits césariennes de qualité et au respect de l'équité.

- Réaliser des sessions de plaidoyer en faveur du renforcement de la politique de gratuité de la césarienne
- Intégrer la prise en charge du nouveau-né dans la politique de la gratuité de la césarienne

Extrant 1-2-3. Amélioration du système de communication pour la référence/évacuation (RAC/téléphonie mobile, moyens de transport pour les urgences, ...) en prenant en compte le déplacement du village vers le CSCOM;

- Doter toutes les structures en équipements informatiques performants
- Actualiser le plan de communication en SR et les plans intégrés des régions.

RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.

Extrant 1-3-1. Renforcement des capacités de financement des activités de la planification familiale (PF)

- Réviser et mettre en œuvre le plan d'action en matière de PF
- Poursuivre la contractualisation avec le secteur privé et communautaire
- Assurer la disponibilité permanente des produits contraceptifs dans les structures de santé publiques et privées et dans la communauté

Extrant 1-3-2. Développement d'interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF;

- Etendre l'approche DBC à l'ensemble des villages du pays;
- Etendre l'expérience de PROFAM (contractualisation avec les cliniques privées) à l'ensemble des districts sanitaires;
- Mettre en place des interventions de communication et d'information sur la planification familiale pour améliorer le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception.
- Rendre disponible les produits contraceptifs dans les structures de santé publiques, privées et dans la communauté

RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées

RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.

Extrant 1-5-1. Promotion des comportements individuels positifs et du changement social ciblant des pratiques appropriées de nutrition maternelle, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;

- Elaborer les directives Nationales ANJE
- Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication sur les bonnes pratiques en matière de nutrition

Extrant 1-5-2. Renforcement de l'allaitement maternel exclusif :

- Organiser annuellement la semaine mondiale de l'allaitement maternel;
- Renforcer les capacités des acteurs en gestion de la lactation;
- Poursuivre la labellisation des structures de santé (IHAB).

Extrant 1-5-3. Supplémentation en micronutriments à certaines périodes de la vie, enfance, âge scolaire, femmes enceintes, allaitantes, etc.

- Organiser semestriellement la semaine d'intensification des activités de nutrition;
- Elaborer le plan d'action des troubles dus à la carence d'iode (TDCI);
- Exécuter le plan des troubles dus à la carence d'iode (TDCI) Organiser des supervisions intégrées sur la prise en charge en matière de nutrition dans tous les districts sanitaires

RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace

Extrant 1-6-1. Prise en charge des cas de malnutrition aiguë, modérée et sévère dans les formations sanitaires et au niveau communautaire selon le protocole révisé de prise en charge de la malnutrition :

- Former tous les Prestataires de toutes les régions et le District de Bamako sur le protocole révisé de la PCIMA;
- Superviser les activités de la PCIMA dans toutes les régions et le District de Bamako;
- Organiser la Revue annuelle des activités de la Nutrition

RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace :

RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel :

Extrant 1-8-1. Renforcement du cadre de collaboration intra et intersectoriel en matière de santé scolaire :

- Mettre en place d'un mécanisme permanent de concertation et de suivi des programmes et projets de santé en milieu scolaire;
- Elaborer et mettre en œuvre une véritable politique nationale impliquant tous les secteurs concernés et devant servir de cadre de référence pour tous les intervenants;
- Réaliser des études multidisciplinaires et multisectorielles sur la santé scolaire;
- Développer et mettre en œuvre un programme de santé scolaire sous le leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans une logique intersectorielle.

RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.

Extrant 1-9-1. Renforcement de la disponibilité des services de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire :

- Renforcer les capacités des structures de santé communautaire qui abrite des établissements scolaires, (réhabilitation/équipement complémentaire, ressources humaines au besoin);
- Promouvoir les activités d'hygiène alimentaire en milieu scolaire;
- Prévenir l'exposition aux principaux facteurs de risques sur les plans individuel et collectif en milieu scolaire (violences, alcoolisme, tabagisme, usage des drogues etc.);

- Réaliser une étude en vue d'assurer un dispositif approprié de prise en charge de la question de santé scolaire.

RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.

Extrait 1-10-1. Amélioration des conditions environnementales dans les établissements scolaires

- Promouvoir l'hygiène autour des points d'eau potable et/ou des ouvrages hydro-sanitaires adéquats en milieu scolaire en prenant en compte les besoins particuliers des filles.

OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles

RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali

Extrait 2-1-1. Contribution à la réduction de morbidité et mortalité dues au paludisme :

- Assurer la couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) (une moustiquaire pour deux personnes) et en médicaments anti paludique;
- Assurer la couverture universelle en prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement);
- Assurer la poursuite de la prévention du paludisme chez les populations cibles notamment à travers le TPI et le traitement préventif saisonnier chez les enfants (TPS);

RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.

Extrait 2-2-1. Contribution à la réduction de la morbidité et à la mortalité dues au VIH/SIDA :

- Renforcer l'adaptation de la stratégie PTME aux différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- Dépister et prendre en charge précocement les enfants nés de mères séropositives;
- Renforcer l'extension et l'accès aux soins et au traitement ARV;

RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.

Extrait 2-3-1. Contribution à la réduction de morbidité et la mortalité dues à la tuberculose

- Mettre en œuvre des stratégies de détection des cas (recherche active des malades...);
- Augmenter la couverture en centres de diagnostic et de traitement;
- Augmenter les sites de culture et de tests de sensibilité (actuellement réalisés dans un seul laboratoire à Bamako).

RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.

Extrait 2.4.1. Renforcement du contrôle des maladies à potentiel épidémique :

- Renforcer les vaccinations de routine et celles spécifiques en cas d'épidémie;
- Renforcer la surveillance intégrée de la maladie et la riposte;
- Renforcer les capacités techniques de riposte aux épidémies;
- Introduire de nouveaux vaccins dans les maladies cibles du PEV.

RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.

- Approvisionner les services en médicaments pour les maladies négligées

Extrait 2-5-1. Renforcement de la surveillance épidémiologique et de la prise en charge des maladies tropicales négligées (MTN)

- Mener des enquêtes de prévalence des MTN non ou mal connues au Mali (Ulcère de Buruli, rage, dengue, leishmaniose, envenimations);
- Organiser la chimiothérapie préventive (schistosomiase, onchocercose, filariose, trachomes) et de prise en charge des cas (lèpre, ver de guinée, trypanosomiase) de MTN.

OS 3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles

RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace

- Approvisionner les formations sanitaires en médicaments contre les maladies non-transmissibles

Extrant 3-1-1 Amélioration des capacités de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles (MNT)

- Renforcer les capacités des prestataires à tous les niveaux en matière de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles prioritaires;
- Adapter les programmes des institutions de formation pour une intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles y compris les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux dans la formation initiale;
- Mettre en place des unités d'excellence pour la prise en charge des maladies non transmissibles au sein des EPH et des CSRéf.
- Renforcer les capacités de prestation du personnel en matière de santé mentale pour la prévention, la prise en charge et la réadaptation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Mettre en place des unités spécialisées d'appui psychologiques itinérantes au sein des CSCom, CSRéf et EPH pour la gestion en urgence des états de stress post traumatiques lors des catastrophes ou autres trouble psychiques dans le cadre d'une psychiatrie de liaison.

RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience

Extrant 3-2-1. Amélioration de la coordination et de l'intégration des programmes de lutte contre les maladies

- Restructurer et renforcer les capacités techniques des structures de coordination des programmes au niveau central;
- Développer et mettre en œuvre les mécanismes d'intégration des interventions des différents programmes à partir du niveau central;
- Renforcer les capacités de coordination, de suivi-évaluation et de supervision intégrée aux niveaux régional et district;
- Renforcer la collaboration et la coordination intra et intersectorielle autour des programmes de santé.

OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé

RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.

- Approvisionnement des structures sanitaires en produits de désinfection

Extrant 4-1-1. Amélioration de la prévention et du contrôle des infections associées aux soins à tous les niveaux

- Renforcer les capacités techniques (équipement matériels et produit);
- Renforcer les capacités des hôpitaux pour la gestion l'évacuation et traitement des déchets biomédicaux;
- Réaliser des recherches et des enquêtes sur l'épidémiologie des IAS dans les établissements sur la problématique des risques d'expositions au sang et autres liquides biologiques;
- Tenir des réunions de plaidoyer et des campagnes médiatiques à l'endroit des décideurs, des partenaires au développement et de la population pour une meilleure prise en compte de la recherche, du suivi-évaluation sur les risques d'IAS, et d'exposition au sang.

RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.

Extrant 4-2-1. Amélioration des pratiques d'hygiène individuelle et collective

- Organiser une fois par an la journée mondiale de lavage des mains au savon;
- Augmenter le taux de couverture en latrine améliorée de 2% par an;
- Mener 2 campagnes de sensibilisation par an sur les bonnes pratiques d'hygiène des aliments et de l'eau;

- Mener 2 campagnes de sensibilisation par an en direction des populations sur la gestion des déchets solides et liquides;
- Organiser chaque année un atelier de formation des responsables régionaux en matière de gestion des déchets liquides et solides

Extrant 4-2-2. Renforcement des mesures de prévention des intoxications liées aux pesticides et insecticides.

- Former des spécialistes en matière de prévention et de prise en charge des intoxications liées aux produits chimiques;
- Former les agents de santé sur la prévention et la prise en charge des cas d'intoxications liées aux pesticides et engrais;
- Superviser les activités de prévention et de prise en charge des cas d'intoxications liées aux produits chimiques dans les zones à risque.

Extrant 4-2-3. Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments

- Elaborer des normes en matière de prévention et de sécurité sanitaire des aliments;
- Veiller à l'application des normes par un système de contrôle de la qualité des aliments;
- Evaluer régulièrement les risques influençant l'incidence des maladies d'origine hydrique;
- Contribuer à la réduction de l'incidence des maladies d'origine hydrique par une meilleure hygiène de l'eau.

RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.

Extrant 4-3-1. Amélioration des capacités des structures de santé en matière de surveillance et de contrôle des effets néfastes du changement climatique sur la santé

- Créer une base de données intégrée des paramètres santé et changement climatique (système informatique et logistique, collecte des données etc.);
- Mettre en réseau les structures de surveillance travaillant sur les paramètres environnementaux, sanitaires et socio-économiques sensibles au climat;
- Tenir des rencontres de concertation et d'échange trimestrielles sur le système de surveillance intégrée;
- Produire et diffuser semestriellement les rapports sur la surveillance intégrée.

Extrant 4-3-2. Renforcement des capacités en matière d'adaptation aux effets néfastes du changement climatique sur la santé

- Former des spécialistes sur le changement climatique et santé;
- Former le personnel de santé sur le changement climatique et santé;
- Organiser une campagne d'information et de sensibilisation par an sur le lien changement climatique et santé;
- Doter les structures techniques impliquées dans la surveillance intégrée en matériels et équipements;
- Faire le plaidoyer pour l'allocation des ressources financières conséquentes au volet changement climatique et santé à tous les niveaux;

RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées

Extrant 4-4-1. Renforcement des capacités des structures à tous les niveaux en matière de développement et de suivi des activités d'hygiène et de sécurité au travail

- Former le personnel de santé sur la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail;
- Doter les structures techniques en matériels et équipement de contrôle d'inspection des entreprises, des services et autres milieux professionnels;
- Superviser les activités d'hygiène et de sécurité au travail.

Extrant 4-4-2. Mise en place d'un cadre de collaboration avec les employeurs pour la gestion des accidents de travail et des maladies professionnelles.

- Organiser des rencontres semestrielles de concertation et d'échanges entre les différents départements, le patronat, et les comités d'hygiène intervenant dans la promotion de la santé, de l'hygiène et de la sécurité au travail;
- Impliquer les médias, les associations de la société civile et les différents ordres professionnels dans la promotion de l'hygiène au travail.

Extrant 4-4-3. Amélioration de la réglementation et des capacités des structures et des agents à assurer le suivi de l'hygiène et la salubrité de l'habitat.

- Faire adopter les textes législatifs et réglementaires en matière d'hygiène de l'habitat;
- Disséminer les textes législatifs et réglementaires en matière d'hygiène de l'habitat;
- Former les agents d'hygiène sur l'hygiène de l'habitat et l'utilisation du guide et de la grille d'inspection sur l'hygiène de l'habitat;
- Appuyer les structures sanitaires en équipements (pulvérisateurs, fumigateurs, protection) et produits (insecticides, raticides et désinfectants) dans le cadre de la lutte contre les vecteurs et les réservoirs de maladies;
- Superviser les activités d'hygiène de l'habitat.

OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique

RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.

Extrant 5-1-1. Renforcement des capacités des structures déconcentrées du secteur, des acteurs et actrices concernés et de la société civile en matière de prévention et de réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes.

- Mettre en place et opérationnaliser un cluster « santé et nutrition » comprenant tous les actrices et acteurs concernés au sein du dispositif national de prévention et de réponse aux catastrophes;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de prévention budgétisé et de réponse aux urgences sanitaires y compris le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en santé de la reproduction, à l'alimentation des personnes vulnérables (nourrisson, jeune enfant, femmes enceintes, et personnes âgées) liés aux catastrophes, crises, désastres et conflits;
- Mettre en place un mécanisme d'appui aux ONG pour des interventions directes notamment, quand l'État ne peut pas intervenir directement;
- Renforcer les compétences des structures déconcentrées de la santé, du développement social et de la promotion de la femme à faire face aux conséquences sanitaires des catastrophes;
- Mettre en place de dispositifs d'aide médico-psychologique aux victimes des catastrophes;
- Mettre en place un système d'information sur les données démographiques et de morbidité sur les populations déplacées;
- Mettre en place un Centre médico-légal.

OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées

Extrant 6-1-1 Augmentation de l'offre et de l'utilisation de service dans les zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées.

- Réviser et mettre en œuvre les normes pour la création, le fonctionnement et la viabilité des CSCom conformément au contexte de chaque communauté;
- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité aux femmes des services de santé de proximité et de qualité (respect des normes, accueil, confidentialité, etc.) et qui répondent à l'ensemble de leurs

besoins (procréation, ménopause, éducation sexuelle, MST/VIH et SIDA), avortements, mutilations génitales);

- Passer à l'échelle la stratégie des soins de santé essentiels dans la communauté (SEC);
- Mettre mise en œuvre les stratégies d'extension de la couverture sanitaire, prenant en compte la situation particulière des femmes, la spécificité des zones peu peuplées et/ou difficiles d'accès et le milieu nomade;

Extrant 6-1-2. Renforcement des capacités du CНИЕCS en vue d'améliorer la demande des services socio sanitaires.

- Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale de communication pour la santé; Renforcer les capacités matérielles et logistiques du CНИЕCS;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique national quinquennal de communication pour la santé;
- Elaborer un plan stratégique de communication spécifique par domaine de priorité du secteur santé est disponible

RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée.

RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée.

RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.

Extrant 6-4-1. Amélioration de l'organisation et de l'accès aux soins et services au niveau de toutes les formations sanitaires à l'intention de tous les patients et patientes.

- Définir et mettre en œuvre une approche globale d'amélioration de la qualité qui prend en compte l'avis des bénéficiaires;
- Mettre à l'échelle le système d'accréditation des formations sanitaires « Ciwara d'or » sur la base d'études approfondies et systématiques sur la qualité des soins en prenant en compte la perception des bénéficiaires;
- Instituer systématiquement la signature de contrat de performance entre les structures et les prestataires basé sur la qualité des soins.

RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.

Extrant 6-5-1. Amélioration de la qualité et la performance des services du premier échelon

- Poursuivre la médicalisation des CSCom en donnant la priorité aux zones de pauvreté et aux zones enclavées;
- Renforcer le plateau technique des CSCom médicalisés;
- Former / recycler 4220 membres des Comités de gestion des CSCom en gestion de la santé communautaire;
- Former les membres des ASACO aux outils de suivi et planification du PRODESS;

RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.

Extrant 6-6-1. Amélioration de la continuité des soins

- Renforcer le plateau technique au niveau des CSRéf et EPH;
- Transformer certains CSRéf (Bougouni, Koutiala, Kita, San, Nioro et Diré) en EPH de 2ème référence;
- Transformer les hôpitaux de Sikasso, Mopti, Ségou et Gao en EPH de 3ème référence;
- Définir et mettre en œuvre un cadre conceptuel de référence/évacuation prenant en compte les 2ème, 3ème références et les zones d'accessibilité difficile (zones inondées, zones de faible densité de population, zones accidentées, etc.);
- Renforcer l'appui des hôpitaux régionaux aux CSRéf pour le développement des compétences chirurgicales;

- Mettre en place des mesures incitatives pour amener les formations sanitaires aux différents niveaux à jouer efficacement leurs rôles dans la mise en œuvre du cadre conceptuel de référence – évacuation (tarification préférentielle, contrat de performance, etc.);
- Passer à échelle les expériences de télémédecine entre les CSRéf et les hôpitaux régionaux et nationaux.

RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.

Extrant 6-7-1. Amélioration du cadre de coordination du fonctionnement des hôpitaux

- Mettre en place une tutelle technique des hôpitaux pour assurer l'ancrage entre la tutelle et les hôpitaux aussi bien au niveau central que régional sans mettre en cause l'autonomie de gestion et le statut d'EPH des hôpitaux;
- Mettre à jour la carte hospitalière pour le moyen et long terme avec ses implications en termes de financement, de ressources humaines et d'équilibre d'ensemble du système de santé;
- Standardiser et moderniser le système de gestion des hôpitaux (renforcement de l'organisation et de la gestion des services hospitaliers);
- Mettre en place un système de motivation financière lié à l'atteinte des résultats sur la base de l'appréciation des plans d'actions individuels (PAI).

RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.

Extrant 6-8.1. Amélioration de la qualité du diagnostic, de la prise en charge des maladies, de la formation, du SNISS et de la recherche par le passage à l'échelle de la Cyber santé

- Renforcer le rôle de l'ANTIM dans le système de santé par la signature d'un contrat plan Etat-ANTIM
- Doter les districts sanitaires, les DRS et les services centraux en équipements appropriés pour la Télésanté
- Elaborer et diffuser les stratégies d'application de la télésanté aux différentes composantes du système de santé et à la lutte contre la maladie
- Installer les applications et former les utilisateurs de télésanté dans les structures sanitaires

RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.

Extrant 6-9-1. Renforcement du cadre normatif pour la mise en place des infrastructures et équipements

- Elaborer la politique nationale en matière d'infrastructures et d'équipements;
- Réviser les normes des infrastructures et équipements sanitaires à tous les niveaux.
- Elaborer un plan d'approvisionnement en équipements et infrastructures intégrant les nouveaux besoins et le renouvellement de l'existant
- Installer de nouvelles infrastructures de façon évolutive et de leur extension adéquate au niveau des hôpitaux de 2ème et 3ème référence

RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.

Extrant 6-10-1. Renforcement du cadre institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux

- Adopter le cadre réglementaire approprié pour une meilleure coordination de la maintenance (politique, plans, lois et décrets)
- Mettre en œuvre une stratégie de maintenance efficace des équipements en considérant le recours possible au privé local et régional;
- Allouer les ressources conséquentes et la mise en place d'un système de financement pérenne en fonction de l'option de stratégie de maintenance retenue

RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées.

Extrant 6-11-1 Renforcement des capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux

- Mettre en place un système d'information fiable et bien structuré sur les infrastructures et les équipements;
- Former tous les acteurs et actrices à la maintenance préventive des infrastructures et des équipements biomédicaux qui leur sont affectés.
- Appliquer systématiquement l'utilisation des procédures d'acquisitions sur la base de spécifications techniques fiables et prenant en compte le service après-vente;
- Auditer chaque année la fonctionnalité des infrastructures et des équipements biomédicaux.

RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate

Extrant 6-12-1. Renforcement des capacités en matière de médecine traditionnelle en vue d'en faire une composante contribuant efficacement à la santé de la population

- Créer les conditions incluant un cadre réglementaire facilitant la poursuite de la production et de la distribution des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) par le secteur privé;
- Soutenir les Associations des Thérapeutes Traditionnels et les Institutions de recherche et de développement dans la promotion de la culture des plantes médicinales;
- Mettre en place des règles d'éthique et de déontologie applicables dans l'exercice de la profession de Thérapeutes traditionnels;
- Former les thérapeutes traditionnels agréés sur le code d'éthique et de déontologie applicable à l'exercice de la profession de thérapeute traditionnel.
- Mener des activités de recherche pour définir les correspondances entre les nosologies modernes et traditionnelles en vue de la prise en compte des données de médecine traditionnelle dans le SNISS;
- Prendre en compte la médecine traditionnelle dans les programmes de lutte contre les maladies.

OS 7 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins

RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.

- Réviser le statut de la DPM en Autorité Nationale de Réglementation (ARP)
 - Mettre en place d'une inspection autonome; mener une étude de faisabilité
 - Créer et rendre fonctionnelle une commission multisectorielle nationale de la mise en œuvre de la PPN
 - Réviser la loi de création du LNS pour élargir ses missions au contrôle de qualité des réactifs, dispositifs médicaux, cosmétiques
-
- Equiper le LNS pour assurer le contrôle de qualité des réactifs, des dispositifs médicaux stériles, cosmétiques, produits biologiques
 - Assurer le fonctionnement des services impliqués dans la mise en œuvre de la PPN et les différentes commissions techniques¹
 - Adopter la restructuration DRS pour la création des divisions laboratoires et pharmacie
 - Evaluer régulièrement les indicateurs de la PPN (tous les deux ans) et exploiter les résultats pour renforcer les structures de production de services
 - Evaluer à mi-parcours la mise en œuvre de la PPN 2012-2016 (5 ans après adoption)
 - Organiser une table ronde pour la mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du plan d'actions 2012 – 2016 de la PPN
 - Renforcer les capacités des ordres professionnels : formations - 2 sessions par an, à 30 x 3 jours
 - Rendre fonctionnel le groupe technique le suivi de l'approvisionnement en médicaments essentiels (réunions)
 - Renforcer la lutte contre la vente illicite: (i) séances de destruction; (ii) fonctionnement commission nationale lutte contre vente illicite (iii) supervision des commissions régionales 1x / an; (iv) former membres organes national/régional/communal (2 sessions par niveau par an)
 - Adopter des nouveaux textes sur le contrôle des essais cliniques et l'homologation des réactifs

RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.

- Améliorer la gestion logistique des médicaments (suivi/supervision, formation/recyclage etc.):
 - (i) construire magasins PPM
 - (ii) construire magasins, chambre froide(e régions) DRS
 - (iii) chambre froide: Ségou, Sikasso, Kayes
 - (iv) construire magasins DS (n=?)
 - (v) véhicules (supervision 2 / an), camions (10 - 1 / région plus 2 p/ DPM)
- Faire des études et recherches sur des domaines spécifiques (p.ex. Monitoring du prix des médicaments; disponibilité des contraceptifs et produits traceurs SR...)
- Diffuser et utiliser les résultats des études opérationnelles dans la formation et la supervision
- Assurer la coordination des activités des pharmaciens et la gestion des intrants
- Assurer l'approvisionnement des structures sanitaires (dotation initiale, programmes de santé
- Assurer l'approvisionnement des structures sanitaires en intrants paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Assurer la disponibilité des médicaments SIDA (achat, distribution pour les ARV et médicaments IO)
- Assurer la disponibilité des médicaments tuberculose (achat, distribution)

RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.

- Préfinancement la PPM: mettre en place d'un fonds pour l'achat des produits (gratuité + dotations initiales). Hypothèse: 40% des Chiffres d'Affaires, par an

RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.

- Adopter des normes et standards pharmaceutiques
- Adopter les procédures pour la mise en œuvre de l'ensemble des fonctions réglementaires
- Adopter des nouveaux textes sur le contrôle des essais cliniques et l'homologation des réactifs
- Equiper le LNS pour assurer le contrôle de qualité des réactifs, des dispositifs médicaux stériles, cosmétiques, produits biologiques
- Adopter et mettre en œuvre un plan national de suivi de la qualité des médicaments circulants sur le territoire national

RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.

- Mettre en place un cadre de concertation entre la DPM, le LNS, l'IS, la douane, la police, la direction nationale du commerce et de la concurrence dans le cadre du contrôle de l'importation et la lutte contre les médicaments sous-standards et la fraude
- Mettre en place un cadre de collaboration de la PPM et des grossistes privés

RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.

- Faire un projet de recherche pour les mécanismes de production industrielle des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA): diversification et production de la matière première, mise au point MTA
- Finaliser le processus d'ouverture du capital de l'UMPP
- Négocier des mesures fiscales incitatives et un transfert de technologie pour le développement de la production locale (perspectives UEMOA et CEDEAO)

RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.

- Assurer l'approvisionnement des structures en vaccins et dispositifs médicaux
- Assurer la dotation et le suivi de la chaîne de froid
- Poursuivre la mise en place d'un mécanisme pour l'indépendance vaccinale

RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.

- Rendre disponible en permanence les tests/réactifs et dispositifs médicaux
- Renforcer les capacités techniques de production, de conservation et de distribution du sang et dérivés à tous les niveaux (CNTS, CRTS, EPH, Cliniques, et CSRéf)
- Développer un système d'assurance qualité
- Renforcer la promotion du don bénévole de sang
- Adopter et mettre en œuvre le plan stratégique de la transfusion sanguine 2014-2018;
- Adopter les nouveaux textes législatifs et réglementaires de la transfusion sanguine;

RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.

- Assurer l'approvisionnement en réactifs/tests et dispositifs médicaux
- Assurer la dotation et le suivi de la chaîne de froid des réactifs/tests

RS-7.10. L'usage rationnel des médicaments est assuré

- Rendre fonctionnel les comités thérapeutiques et les comités de médicaments
- Renforcer le contrôle de la publicité et la promotion des médicaments
- Elaborer des stratégies d'information et de communication en l'endroit des professionnels et de la population générale
- Réviser la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) sur la base de preuve (tous les deux ans)
- Mettre en place un système d'information et de communication pour les professionnels de santé et la population
- Renforcer le suivi/supervision
- Réviser et diffuser le formulaire et le guide thérapeutiques des secteurs public et privé
- Tenir 4 sessions de la Commission Nationale d'AMM
- Editer et diffuser la nomenclature des médicaments autorisés au Mali (édition annuelle)
- Renforcer la planification des interventions en faveur de l'accès, la qualité et l'usage rationnel des MEG et autres produits de santé dans les DS et les DRS; formation en quantification, gestion des stocks, sur les procédures de passation des marchés publics
- Organiser les journées nationales de lutte contre la vente illicite de médicaments et les contrefaçons

OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable

RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.

Extrant 8-1-1. Renforcement du cadre institutionnel en vue d'améliorer l'équité dans la répartition sensible au genre

- Mettre à jour les cadres organiques des structures à tous les niveaux
- Clarifier les rôles respectifs de la DRH et des autres structures concernées pour que la fonction de gestion des ressources humaines soit assurée de façon rationnelle et performante;
- Former le personnel de la DRH et des autres structures chargées de la gestion des ressources humaines, à tous les niveaux, y compris les collectivités territoriales en matière de développement de stratégie
- Créer l'Observatoire des Ressources Humaines pour suivre les dysfonctionnements dans la gestion des ressources humaines en portant une attention particulière aux difficultés rencontrées par le personnel féminin.
- Produire annuellement la cartographie et le profil des ressources humaines du secteur
- Construire le siège de la DRH

RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.

- Renforcer les ressources humaines (recrutement; formations complémentaires et spécialisées dans le domaine du médicament) / Régions tels que Législation + inspection pharmaceutiques, pharmacovigilance, gestion logistique, planification (PO)

Extrant 8-2-1. Amélioration de la performance des ressources humaines à tous les niveaux

- Doter les structures socio-sanitaires à tous les niveaux en personnel de qualité en quantité suffisante
- Elaborer et appliquer le contenu du cahier de charge relative à l'organisation de la formation des apprenants
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation en synergie avec les Ministères chargés de l'éducation et de l'enseignement en vue de disposer des ressources humaines femmes et hommes, de qualité, adaptés aux besoins des structures socio-sanitaire
- Réviser les normes actuelles en termes de nombre et de profil des ressources humaines par structure en vue d'assurer des services de qualité en particulier dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile
- Mettre à jour le plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la santé
- Mettre en œuvre le plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la santé révisé

RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

Extrant 8-3-1. Amélioration du rendement et de la qualité du travail du personnel du secteur de la santé du développement social et la promotion de la femme à travers un système de motivation plus adéquat

- Instituer le financement basé sur les résultats et/ou contrat de performance et/ou accréditation de structures comme système de motivation
- Adopter et appliquer le plan de motivation du personnel socio sanitaire
- Adopter et appliquer les plans de carrière du personnel féminin et masculin à tous les niveaux des structures socio sanitaires

OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.

RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.

RS-9.3. L'aide sociale est renforcée

RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.

RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire

RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.

Extrant 10-1-1. Renforcement du cadre institutionnel du système d'information sanitaire et social en vue d'une meilleure planification et prise de décision

- Réviser le Schéma Directeur du SNISS pour prendre en compte l'ensemble des données sanitaires, développement sociale et de promotion de la famille nécessaires à l'adoption et à la mise en œuvre d'un plan et des textes réglementaires;
- Mettre en place un cadre de collaboration entre le public et le privé pour améliorer la complétude et la promptitude des données du système d'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sociale;
- Réviser le manuel et les outils de collecte en prenant en compte l'aspect genre, la décentralisation et les données de la société civile
- Finaliser et valider le logiciel de gestion du Système d'Information Sociale (SISo)

- Réaliser une enquête nationale pour la constitution d'une base fiable de données sur les cibles du développement social
- Former les agents socio-sanitaires à l'analyse des données à tous les niveaux pour une meilleure prise de décision /planification.
- Produire et diffuser chaque année les indicateurs renseignés et les annuaires statistiques

Extrant 10-1-2. Développement d'un système d'information de la famille

- Définir et valider les indicateurs retenus du SIFa
- Concevoir et valider les supports de gestion des données du SIFa
- Former les acteurs à l'utilisation des supports de gestion
- Informatiser le SIFa

RS-10.2 Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données

Extrant 10-2-1. Renforcement capacités techniques des acteurs et actrices à tous les niveaux pour la collecte l'analyse et la diffusion des données

- Former les décideurs/responsables à l'utilisation des données statistiques pour la prise de décision à tous les niveaux
- Passer à l'échelle l'utilisation de la télésanté et de l'informatique médicale à tous les niveaux pour améliorer la production, la gestion et la diffusion de l'information
- Réviser les supports de collecte d'information et des indicateurs à tous les niveaux (jusqu'au niveau CScom) en prenant en compte la sexo-spécificité
- Recueillir et transmettre les données nécessaires à «Malikunnafoni» en utilisant les fiches de métadonnées de l'INSTAT pour renseigner le système de suivi-évaluation.
- Prendre en compte les données de la médecine traditionnelle dans le système local d'information en santé, développement social et promotion de la famille

RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

Extrant 10-3-1. Renforcement des capacités institutionnelles et technique des structures chargées de la recherche pour la coordination et le financement de la recherche

- Créer et opérationnaliser un Comité National de Coordination de la Recherche pour la Santé (CNCRS);
- Créer et alimenter de façon régulière une base de données sur la recherche en santé, développement social et promotion de la famille;
- Doter le Comité Nationale d'Ethique des Sciences de la Vie (CNES) des ressources humaines et financières conséquentes et l'ériger en une entité administrative indépendante afin de lui permettre de remplir efficacement sa mission.
- Définir les mécanismes de partenariat avec les institutions publiques et privées pour la recherche en santé (contractualisation, délégation etc.)
- Former les équipes de chercheurs en recherche opérationnelle/action.
- Développer la coopération internationale à travers des réseaux d'échanges, d'information, de voyage d'étude et de jumelage
- Créer les conditions optimales de travail dans les structures de recherche qui permettront l'évolution des chercheurs selon leurs statuts;
- Réaliser une fois par an les études et recherches sur les phénomènes sociaux et les groupes cibles du développement social et de la promotion de la famille;
- Former les agents de santé, du développement social et de promotion de la famille sur la méthodologie de la recherche action.

OS 11 : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle

RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.

Extrant 11-1-1. Amélioration du cadre institutionnel en vue d'une meilleure coordination, planification, suivi et contrôle de la mise en œuvre du PRODESS à tous les niveaux

- Adapter les cadres organiques des structures en charge de la coordination des activités du PRODESS
- Actualiser les textes des organes de gestion des services sanitaires et sociaux aux niveaux local et régional en vue d'une meilleure responsabilisation et implication de tous les acteurs et actrices
- Mettre en place d'une équipe socio-sanitaire de district composée de deux entités : une équipe de santé publique et une équipe technique de prestation de soins
- Poursuivre la restructuration de la Direction Nationale de la Santé (DNS) en l'érigeant en Direction Générale de la Santé (DGS) et ses structures subséquentes.

RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue

Extrant 11-2-1. Renforcement de la capacité des acteurs et actrices en vue de l'appropriation de la planification et la mise en œuvre de l'approche de gestion axée sur les résultats (GAR)

- Former les équipes cadres de district (ECD) au niveau du cercle/district (6 personnes) pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans de développement sanitaire et social selon l'approche GAR
- Développer les plans opérationnels axés sur les résultats, la performance, l'égalité entre les femmes et les hommes et l'équité dans l'accès aux soins
- Définir et mettre en œuvre les liens de collaboration entre les directions régionales (Santé, Développement social, et PFFE), les Collectivités et la société civile (ASACO, ONG, Associations, dont les associations féminines, etc.)
- Former les femmes et les jeunes pour une meilleure participation à l'animation des services de santé et de l'action sociale
- Former les acteurs et actrices (15 personnes par cercle) en planification sectorielle décentralisée en vue de l'intégration des plans sectoriels santé (PDSC) dans les plans des collectivités (PDSEC).

RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés.

Extrant 11-3-1. Amélioration de la collaboration et du partenariat entre tous les acteurs concernés dans le processus de planification, de mise en œuvre, et de suivi évaluation des programmes

- Réviser la carte sanitaire avec l'implication de tous les acteurs et actrices de la décentralisation pour une meilleure planification dans la création des CSCom et du développement du secteur privé lucratif
- Former (CADD) des acteurs (élus, responsables de services techniques, ONG, membre des ASACO, tutelle) en planification sanitaire décentralisée
- Mettre en place un mécanisme fonctionnel de partenariat et de collaboration entre le CSCom, le privé lucratif, les ONG/Associations, dont les associations féminines, et la médecine traditionnelle

RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée

Extrant 11-4-1. Les capacités de tous les acteurs et actrices publics et privés dans la compréhension de leurs rôles et missions dans le contexte de la décentralisation et de la loi d'orientation sur la santé sont renforcées

- Formation des acteurs (élus, responsables de services techniques, ONG, membre des ASACO, tutelle) sur les textes législatifs et réglementaires (loi d'orientation, loi hospitalière, la loi sur la santé de la reproduction, le 02314, le décret gratuité des césariennes, le décret 508 sur les organes de suivi d'évaluation PRODESS), etc..
- Formation des mêmes acteurs (élus, responsables de services techniques, ONG, membre des ASACO, tutelle) sur les textes législatifs et règlementaires sur la décentralisation (loi 93-008, loi 95 034 etc....
- Former le personnel technique des CSCOM (3 personnes) et des membres de l'ASACO (2 personnes) pour une meilleure gestion de leur structure communautaire
- Former les équipes de district dans la création et le suivi du fonctionnement des CSCOM
- Mettre en place un fonds commun pour le financement du paquet d'activités (approche communautaire, supervision, formation, etc.) de soutien au bénéfice du CSCOM

Extrant 11-4-2. Le renforcement de la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre l'Etat, les collectivités territoriales et les ASACO

- Rendre fonctionnel les Comités paritaire par l'élaboration des statuts et règlements intérieurs et veiller à son application à tous les niveaux
- Suivre et évaluer la mise en œuvre de la CAM et des Comités paritaires à tous les niveaux

RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.

Extrant 11-5-1. Les compétences de l'Etat sont identifiées et transférées aux collectivités selon les niveaux ainsi que celle des ressources budgétaires liées à chaque compétence transférée

- Compléter le décret 02-314 par l'identification et le transfert des compétences pour le niveau région (hôpitaux régionaux)

Extrant 11-5-2. Les capacités des acteurs et actrices (élus, techniciens de la santé, responsables de la société civile notamment les ASACO, tutelle, etc.) en matière de transfert de compétences et de ressources sont renforcées

- Formation des acteurs sur les outils de mise en œuvre de la décentralisation en matière de santé (guide d'opérationnalisation du décret 02-314, guides de gestion des CSCOM et Csref, guide partenariat entre les acteurs, CAM etc....)
- Faire des études et mener de recherche action sur le transfert des compétences en matière de santé

Extrant 11-5-3. Les d'outils de transferts qui précisent les responsabilités et facilitent le partenariat entre les acteurs et actrices sont élaborés et vulgarisés

- Elaboration/diffusion de nouveaux outils de transfert de compétences et des ressources aux collectivités(guide de mobilisation et d'utilisation des ressources budgétaires transférées aux collectivités, guide sur la responsabilité des acteurs dans l'atteinte des objectifs des OMD4 et OMD5)

Extrant 11-5-4. La relecture des textes des structures de l'Etat : DNS, DRS, CSCOM, EPH, etc.) pour séparer les fonctions décentralisées et les missions déconcentrées et d'appui-conseil

- Poursuivre les audits intentionnels et de missions des structures centrales et déconcentrées de l'Etat
- Poursuivre la relecture de textes des structures centrales et déconcentrées

Extrant 11-5-5. Le renforcement des capacités des CADD et des Services Techniques de l'Etat pour un meilleur accompagnement des acteurs et actrices et notamment les différents niveaux de Collectivités Territoriales

- Doter la CADD en moyens logistiques, bureautique et informatiques
- Construire de nouvelles infrastructures pour la CADD
- Former les cadres de la CADD en planification, suivi évaluation et gestion des ressources humaines et financières des collectivités
- Organiser des voyages d'études à l'extérieur pour s'inspirer de leurs expériences en matière de décentralisation

RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.

RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.

RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.

Extrant 11-8-1. Renforcement du partenariat public privé pour une meilleure amélioration de l'accès aux soins de santé

- Définir une politique de partenariat avec le secteur privé lucratif sur la base d'une approche contractuelle qui s'appuie sur l'avantage comparatif de chaque secteur et utilise efficacement les ressources pour améliorer l'accès aux soins de santé (Partenariat gagnant-gagnant);
- Renforcer les capacités individuelles et collectives d'intervention du secteur privé en mettant l'accent sur la formation, la réglementation et l'autorégulation des ordres professionnels;
- Mettre en place et l'opérationnaliser le cadre de concertation et de dialogue entre les acteurs et actrices publics et privés à tous les niveaux;
- Prendre en compte le secteur privé dans la planification, le fonctionnement et la mise en œuvre du programme de développement sanitaire et social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Mettre en place les mesures incitatives appropriées pour l'installation des professionnels de la santé dans le secteur privé;
- Elaborer un cadre de partenariat public-privé définissant le paquet d'activité qui pourrait être partagé pour améliorer l'offre de soins de qualité.

Composante 2 : Développement Social (MSAHRN)

(Note : les RS non concernés pas la Composante 2, ne sont plus répétés dans cette liste)

OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

RS-1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires

Extrant 1.1.1.: Les soins essentiels dans la communauté ont été mis en place dans 100% des villages au-delà de 15 km en prenant en compte les interventions des agents de santé communautaire et des relais

- Réaliser le suivi semestriel de la mise en œuvre des SEC dans les districts des régions

Extrant 1.1.2. : La stratégie PCIME et son adaptation aux missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire a été étendue

- Réaliser le suivi de la mise en œuvre de la PCIMEC et la SR dans les districts sanitaires des régions
- Doter les relais des districts en matériels et outils de travail
- Organiser des sessions de formation en PCIME communautaire et Santé Reproductive

Extrant 1.1.3 : 100% des femmes atteintes de la fistule obstétricale sont prises en charge gratuitement selon les normes

- Appuyer la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de fistules obstétricales dans les districts
- Organiser des sessions de plaidoyer auprès des autorités et leaders communautaires sur la prise en charge des fistules obstétricales

Extrant 1.1.4. : Les sites PTME sont étendus à toutes les structures offrant des services de Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels (SONE);

- Organiser la mise en œuvre du plan de communication dans le cadre de la PTME
- Organiser l'atelier de dissémination du plan national de la PTME
- Organiser une journée de plaidoyer en direction des leaders communautaires sur la PTME
- Organiser un atelier régional de validation des supports de diffusion des messages sur la PTME

RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé

Extrant 1.2.1. : La référence/évacuation fonctionne de manière satisfaisante dans toutes les aires de santé

- Appuyer les cercles dans la révision des cadres conceptuels de la référence/évacuation pour inclure le trajet du Village au CSCOM
- Organiser une supervision annuelle par cercle sur la mise en œuvre de la référence évacuation
- Organiser des foras régionaux sur l'organisation du transport village-CSCOM et le rôle des AT/ATR/Relais/ASC dans la réduction du 1er retard des SOU

RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR

Extrant 1.3.1. : La mise en place d'interventions de communication et d'information sur la planification familiale pour améliorer le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception.

- Mettre à jour les modules de formation sur la DBC
- Assurer la formation des formateurs et le personnel socio sanitaire sur l'approche DBC
- Assurer la supervision-formative des activités des relais communautaires sur l'approche DBC

RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées

Extrant 1.4.1. : Contribuer à la diminution de l'ampleur des violences basées sur le genre et l'âge

- Assurer la prise en charge psychosociale des femmes et des enfants victimes des violences

- Faire un plaidoyer pour un mécanisme de prévention de l'excision et le mariage précoce
- Mettre à échelle le système de référence de la protection des enfants contre Violences, Exploitation, Abus et Négligence (VEAN) dans les Cercles des régions

RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace

Extrant 1.5.1. Les comportements et pratiques appropriés de nutrition et d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant sont pratiqués

- Mettre en œuvre l'approche de Communication pour le Développement
- Organiser un atelier régional de validation des supports de diffusion des messages sur le PTME

Extrant 1.5.2. : La production alimentaire familiale à petite échelle et transferts sociaux sont pratiqués dans 100% des ménages (identifiés comme pauvres)

- Mettre en place des programmes de transferts sociaux visant à améliorer le statut nutritionnel des ménages
- Appuyer la création, la promotion des organisations locales incluant les femmes et les jeunes

Extrant 1.5.3. : Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit des décideurs/leaders communautaires en faveur de la nutrition

- Redynamiser les associations de défense des intérêts des consommateurs
- Lancer des projets 'Activités transferts sociaux' (Food for work, cash for work and cash transferts)

RS.1.6 : La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace.

- Appuyer les SLDSES dans le suivi des radios de proximité et les groupements féminins dans la mise en œuvre des activités d'information et de sensibilisation sur la nutrition

OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles

RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.

Extrant 2.2.1. : Les activités de communication pour le changement de comportement, notamment en milieu jeune (tranche d'âge la plus touchée) sont renforcées;

- Former les membres des associations de PV/VIH et SIDA en CCC
- Organiser des ateliers de formation des communicateurs traditionnels sur la CCC/VIH/SIDA
- Former les agents sociaux en prise en charge psychosociale des PV VIH

Extrant 2.2.2.: Les efforts d'élimination de la transmission du VIH, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les consommateurs de drogues injectables et chez les professionnels du sexe sont intensifiées;

- Renforcer les capacités des agents socio sanitaires en Counseling pour le dépistage du VIH et le SIDA

Extrant 2.2.3. : L'amélioration de la qualité de l'offre de services à tous les niveaux est assurée

- Superviser les activités des SLDSES dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida

Extrant : 2.2.4. : La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH particulièrement chez les femmes est renforcée

- Mettre en place et opérationnaliser des mécanismes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH particulièrement chez les femmes
- Réaliser des recherche-actions sur les conditions de vie des Personnes vivant avec le VIH et autres IST

Extrant 2.2.5: Le partenariat entre les secteurs public, privé et la société civile pour une meilleure coordination des interventions de lutte contre le VIH et le sida est renforcé

- Organiser une concertation annuelle avec les secteurs publics, privé et la société civile pour une meilleure coordination des interventions de lutte contre le VIH et le Sida

OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé

RS 4-4 L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées

Extrant 4.4.1. : Les conditions générales de travail et de la gouvernance du marché du travail sont améliorées

- Mettre en œuvre le plan d'action sur l'amélioration des conditions de travail dans l'économie informelle
- Mettre en œuvre le programme pays de promotion du travail décent au Mali
- Promouvoir la santé et la sécurité au travail

OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique

RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.

Extrant 5.1.1. : Un dispositif de prévention et de réponse aux catastrophes est mis en place et est opérationnel dans chaque région

- Mettre en place un comité d'urgence en réponse aux risques et catastrophes
- Elaborer un plan de contingence régional en réponse aux urgences
- Elaborer une réglementation et des guides d'intervention pour les structures déconcentrées du développement social à faire face aux conséquences socio-sanitaires des crises et catastrophes
- Mettre en place un fonds de secours humanitaire et un mécanisme de financement d'actions humanitaires
- Appuyer la réinsertion socioéconomique des personnes déplacées, refoulées et rapatriées
- Renforcer les équipes locales/régionale dans le cadre d'aide psychosociale
- Positionner les ressources (humaines, matérielles et financières) en réponses aux urgences

OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées

Extrant 6.1.1. : Mise à échelle de la stratégie des soins de santé essentiels dans la communauté (SEC)

- Appuyer la réalisation des monitorages communautaires des PFE au niveau des communes/districts
- Former les communicateurs de presse et les communicateurs traditionnels sur les gestes qui sauvent

RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCOM et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée

Extrant 6.2.1. : La prise en compte systématique de l'approche communautaire à toutes les étapes du processus de création et du fonctionnement des ASACO et autres structures communautaires (mutuelles; caisses de solidarité etc.) est effective

- Tenir des concertations régionales sur la fonctionnalité des FELASCOM/ FERASCOM
- Former/recycler les agents sociaux sur l'approche communautaire, techniques d'enquête sociale, Communication Pour le Développement (C4D),...
- Redynamiser le Programme de Réadaptation à Base Communautaire

RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée

Extrant 6.3.1. Les études sur l'offre, la demande des soins, l'utilisation des services et la satisfaction des patients sont réalisées.

- Réaliser des études sur les problématiques de mise en place et de fonctionnalité des organisations de l'économie sociale et solidaire (ASACO, mutuelles, sociétés coopératives, caisses de solidarité,...)
- Réaliser des études sur la perception des usagers sur la qualité des services offerts dans les CSCOM dans les districts sanitaires

RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.

Extrant 6.9.1. : L'amélioration de la fonctionnalité des services du DSES est effective.

- Doter les services du DSES en moyens matériels et logistiques (matériels de bureaux, véhicules, motos,...)
- Construire/rénover les locaux des services du développement social et de l'économie solidaire au niveau régional et local
- Renforcer les services centraux en équipements et logistique roulantes

RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate.

Extrant 6.12.1. : La dynamique associative des thérapeutes traditionnels est soutenue;

- Mettre en place du répertoire des Associations de thérapeutes traditionnels

OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable

RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.

Extrant 8.1.1. : La gestion et la motivation des ressources humaines permettent une meilleure satisfaction des usagers à tous les niveaux

- Elaborer et mettre en œuvre un plan pluriannuel de développement des ressources humaines

RS-8.2. : Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées

Extrant 8.2.1. : Les affectations des ressources humaines offrent des alternatives des choix stratégiques à tous les cadres du secteur

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de carrière pour les cadres du secteur socio sanitaire

Extrant 8.2.2. : Le renforcement institutionnel des écoles de formations est assuré

- Renforcer l'Institut National des Travailleurs Sociaux en équipements pour la salle de documentation et la bibliothèque

RS-8.3 : Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme

Extrant 8.3.1. : Un mécanisme de motivation du personnel socio sanitaire est mis en place dans les districts

- Mettre en place un mécanisme de rétention du personnel socio sanitaire dans les zones difficiles

OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

RS-9.3. L'aide sociale est renforcée

Extrant 9.3.1. : Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est accessible à 100% de la population cible

- Mettre en place des bases de données inter opérationnelles des différents régimes de protection sociale
- Réviser et valider les supports techniques d'enquête sociale
- Former/recycler les agents du développement social en technique d'enquête sociale

Extrant 9.3.2. : L'ensemble des enfants des parents démunis ont accès à l'éducation de base

- Elaborer une stratégie nationale d'appui à la scolarisation des enfants des parents démunis au moins pour un cycle
- Mettre en œuvre la stratégie nationale d'appui à la scolarisation des enfants des parents démunis au moins pour un cycle

Extrant 9.3.3. : Un dispositif de réinsertion socioéconomique des personnes handicapées est effectif

- Elaborer et mettre en œuvre la politique national de réadaptation fonctionnelle
- Redynamiser le Programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) à l'échelle nationale

Extrant 9.3.4. : Un dispositif de réinsertion socioéconomique des femmes seules chargées de famille est effectif

- Appuyer les groupements de femmes seules chargées de famille en AGR
- La promotion des personnes âgées est effective
- Renforcer les organes (à tous les niveaux) de promotion et prise en charge des personnes âgées
- Mettre en place un système d'information sur le vieillissement (création d'une base de données)
- Rendre accessibles les soins de santé et l'alimentation adéquate aux personnes âgées

Extrant 9.3.6. : Les conditions générales de travail et de la gouvernance du marché du travail sont améliorées

- Mettre en œuvre le plan d'action sur l'amélioration des conditions de travail dans l'économie informelle
- Mettre en œuvre le programme pays de promotion du travail décent au Mali
- Eradiquer toutes les formes non autorisées de travail des enfants

Extrant 9.3.7. Le niveau de pauvreté est réduit

- Développer et renforcer l'auto promotion des communautés

RS 9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté

Extrant 9.4.1. : Les conditions sont réunies pour l'accès de toute la population à la couverture maladie universelle

- Procéder à une relecture des textes pour l'intégration de la gestion des différents régimes de protection sociale existants
- Renforcer les capacités de l'INPS et la CMSS dans leurs missions d'OGD
- Appuyer la reconversion des CMIE de l'INPS en structures de prestations de services dans le cadre de l'AMO

Extrant 9.4.2. : Les champs d'application matérielle et personnelle de la sécurité sociale sont étendus et améliorés

- Procéder à la mise en place d'un régime de retraite par capitalisation et d'un régime des accidents du travail et maladies professionnelles au sein de la CMSS
- Mener une étude de base sur la branche chômage au Mali

Extrant 9.4.3. : Les dispositifs de couverture maladie existant sont renforcés pour mieux contribuer à la CMU

- Adoption d'une carte de santé unique numérisée et à identification biométrique pour tous les régimes y compris les gratuits légaux
- Mettre en œuvre le plan de communication sur la mutualité
- Mettre en œuvre le plan de formation sur la mutualité

- Poursuivre le programme de subventionnement des mutuelles conventionnées
- Réaliser une étude pour l'harmonisation des paniers de soins de l'AMV et des autres assurances mutualistes avec ceux de l'AMO et du RAMED

Extrant 9.4.4. Les prestations de sécurité sociale sont régulièrement servies aux bénéficiaires

- Assurer la prise en charge des prestations techniques par la CANAM, l'ANAM
- Assurer le paiement des dépenses administratives de l'INPS

Extrant 9.4.5. : Etendre la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé

- Evaluer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé
- Mettre en œuvre le plan quinquennal de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé "Une Commune Une Mutuelle de Santé"

Extrant 9.4.6. La mise en œuvre du PAN-EPS 2011-2015 est régulièrement suivi et évalué

- Effectuer l'évaluation à mi-parcours et finale du PAN-EPS 2011_2015
- Elaborer et faire adopter le nouveau PAN-EPS

Extrant 9.4.7. : La gestion des institutions de sécurité sociale est suivie par la tutelle et améliorée

- Réaliser des enquêtes et supervisions sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité des travailleurs au sein des entreprises.

RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

Extrant 9.5.1. : Les mutuelles apportent plus de satisfaction à leur membres;

- Mener des activités d'information et de sensibilisation sur la mutualité
- Appliquer les directives de l'UEMOA (Règlement 07/09/CM/UEMOA) concernant les mutuelles sociales
- Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles
- Assurer le suivi-contrôle régulier des mutuelles à tous les niveaux

Extrant 9.5.2. : L'apport des organisations de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) à la création de richesses et de revenus est mieux connu et renforcé;

- Réaliser une enquête sur l'apport de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) dans la création de richesses et d'emploi
- Renforcer les capacités des organisations de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS)

Extrant 9.5.3. : Les sociétés coopératives sont conformes à l'acte uniforme de l'OHADA

- Réaliser des missions de dissémination et de formation sur l'acte uniforme de l'OHADA à tous les niveaux
- Mettre en place le registre national des sociétés coopératives
- Appuyer la mise en place de la Confédération Nationale des Sociétés Coopératives (CNSC)

Extrant 9.5.4. Le CAMASC est mieux outillés pour bien assurer ses missions d'appui aux mutuelles, associations et sociétés coopératives

- Doter le CAMASC d'un programme de formation et de modules appropriés et accessibles de renforcement de capacités

OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire

RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisation du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décisions plus efficaces

Extrant 10.1. 1: Le système d'information social conduit à la prise de bonnes décisions

- Réaliser une enquête nationale pour la constitution d'une base des données fiable sur les cibles du développement social
- Réviser le manuel et les outils (accent sur la décentralisation et la société civile)
- Réviser le Schéma Directeur du Système d'Information Socio-sanitaire (voir cadre de suivi de la mise en œuvre du PRODESS)

RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et en développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcés

Extrant 10.3.1. : Les évidences scientifiques sur des phénomènes sociaux et des groupes cibles du développement social orientent la prise de décision

- Réaliser des études sur les fléaux sociaux (prostitution, toxicomanie, délinquance juvénile, alcoolisme,...)
- Réaliser des études et recherches sur la problématique de vieillissement au Mali

OS 11 : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle

RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés

Extrant 11.3.1. : Mettre à échelle nationale l'expérience des Centres Communaux de Développement Social et Economie Solidaire (CCDSES)

- Accompagner les communes dans le processus de création et opérationnalisation des CCDSES
- Mettre en place des plates-formes de collaboration entre les services du développement social et les collectivités territoriales à tous les niveaux

RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée

Extrant 11.4.1. : Les collectivités territoriales participent pleinement dans la gestion des CSCom

- Organiser des sessions de formation sur des thématiques portant sur le fonctionnement et la vie associative des ASACO
- Renforcer la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre les collectivités territoriales et les ASACO
- Systématiser l'approche communautaire avant et après la création de CSCom

RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.

Extrant 11.5.1.: Les capacités des CADD et des Services Techniques de l'Etat pour un meilleur accompagnement des actrices et acteurs et notamment les différents niveaux de Collectivités Territoriales sont renforcées;

- Renforcer les capacités techniques et financières des CADD
- Définir le cadre organique de services décentralisés
- Faire un plaidoyer pour la création des unités fonctionnelles dans la loi des finances
- Organiser des rencontres de dissémination avec les collectivités sur le Décret 2012-082 du 8 Février 2012 (Décret portant sur le transfert des compétences de l'état aux collectivités en matière de développement

social)

- Former les équipes (nationales, régionales et locales) sur la décentralisation et la déconcentration dans le domaine social
- Faire le suivi-évaluation (pour la capitalisation)

RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé

Extrant 11.8.1. : Un dispositif de contractualisation dans le domaine socio sanitaire est opérationnel

- Réviser/mettre à jour le document de politique nationale de contractualisation
- Faire adopter et mettre en œuvre la politique nationale de contractualisation

Extrant 11.8.2. : Le dialogue social est renforcé

- Accroître les capacités de dialogue social au sein de l'administration du travail
- Actualiser des conventions collectives

Extrant 11.8.3. : Mobilisation sociale et Participation citoyenne sont renforcées

- Dynamiser le Programme de Développement Social Urbain (PDSU) et le mettre à échelle
- Contribuer à la mise en œuvre du Projet d'Appui aux Communes Urbaines du Mali (PACUM) dans le cadre de la mobilisation sociale.

Composante 3 : Femmes, Famille, Enfants (MFEF)

(Note : Les RS sans activités pour la composante 3 ne sont plus répétés dans cette liste)

OS 1 : 1Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

RS-1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.

- Organiser des séances de sensibilisation sur l'importance des services de santé de la reproduction
- Organiser des supervisions intégrées conjointes des districts sanitaires de la région
- Former des formateurs régionaux en SEC
- Mener une étude sur la sous fréquentation des CSCOM par les femmes
- Organiser des séances de sensibilisation sur le problème des fistules obstétricales
- Organiser un recensement des fistules obstétricales

RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.

- Organiser des rencontres de concertation entre les acteurs, les collectivités et la société civile autour de la référence/ évacuation
- Informer les communautés, les groupements de femmes et de jeunes sur la référence évacuation
- Organiser des sessions de formations et de sensibilisation à l'endroit de leaders communautaires pour la participation accrue des femmes au système de référence/évacuation
- Réaliser des messages radio sur la participation accrue des hommes et des femmes à la prise de décision

RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.

- Sensibiliser les membres des communautés sur la santé de la reproduction et la planification familiale
- Diffuser la politique de la législation relative à la SR
- Organiser des sessions de distribution de contraceptifs féminins
- Appuyer les services locaux à la formation des jeunes et adolescents sur les SP/PF
- Former les services locaux sur les techniques de vulgarisation des méthodes contraceptives.
- Elaborer, mettre en œuvre un plan intégré de communication pour le repositionnement de la PF
- Diffusion curriculum de formation des parents sur la communication avec les enfants et les ados sur la SR

RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées.

- Elaborer et mettre en œuvre un Plan d'action national contre l'exploitation sexuelle des enfants
- Réaliser une étude nationale sur le phénomène de l'usage des stupéfiants
- Organiser des séances de sensibilisation communautaire et de plaidoyer contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes
- Elaborer un cadre juridique, l'appliquer et diffuser les différentes législations sur les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes
- Elaborer et diffuser les textes législatifs, règlementaires relatifs à l'interdiction des pratiques néfastes telles que l'excision et le mariage précoce
- Elaborer et mettre en œuvre une politique nationale de la famille
- Créer le conseil national de la famille et former les membres sur les droits des enfants
- Assurer la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences basées sur le genre et les pratiques néfastes
- Organiser des émissions audiovisuelles sur les conséquences des violences basées sur le genre
- Organiser des cadres de concertation et comités locaux sur les pratiques néfastes et les violences basées sur le genre
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant à l'abandon des violences basées sur le genre et collecter des informations importantes sur les violences basées sur le genre
- Célébrer les journées mondiales en rapport avec les violences basées sur le genre
- Réaliser une étude sur les villages ayant abandonné la pratique de l'excision

RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.

- Organiser des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des communautés sur l'importance de l'allaitement maternel et la nutrition des femmes enceintes
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des communautés sur l'importance d'une alimentation variée et saine et l'utilisation des micronutriments à certaines périodes de la vie
- Appuyer le plan alimentaire et sanitaire des enfants vulnérables et former les agents des services locaux pour implanter ce plan
- Plaidoyer ciblant les autorités locales et traditionnelles pour les engager sur les enjeux de nutrition.
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant dans le domaine de l'agroalimentaire et la transformation des denrées
- Organiser des émissions audiovisuelles sur la malnutrition chez les femmes et les enfants
- Mener une étude sur les tabous alimentaires de la femme enceinte allaitante et de l'enfant
- Assurer la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition modérée dans les centres (CAPF, IPAPE, IPAQHE)

RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace

- Assurer la prise en charge alimentaire et sanitaire d'enfants particulièrement vulnérables
- Organiser des campagnes de mobilisation de masse autour des activités de la vaccination
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant à la surveillance de la croissance et du développement de l'enfant
- Former en gestion de la lactation le personnel en charge du centre des filles mères en détresse
- Créer et animer un cadre unique de concertation entre les cadres intervenant dans la promotion et la protection de l'enfant
- Assurer le suivi des enfants des IPAPE et des IPAQER

OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles

RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali

- Assurer un accès facilité à des moustiquaires imprégnées aux communautés maliennes
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant à la lutte contre le paludisme
- Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit des décideurs pour le renforcement de la PEC médicale des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité
- Organiser des séances de sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées à destination des femmes
- Organiser des séances de sensibilisation sur l'importance de l'assainissement du milieu de vie contre les facteurs de paludisme.

RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali

- Assurer des activités de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Assurer la prise en charge médicale et psychologique des PVVIH femmes en nouveau-nés
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation généralistes sur le VIH/SIDA ciblant les femmes (importance des dépistages, des modes de transmission, discrimination, utilisation du préservatif, etc.)
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation sur l'excision comme facteur aggravant du VIH
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant à la lutte contre le VIH
- Distribuer des kits scolaires alimentaires et médicaux pour les OUV

OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé

RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.

- Organiser des séances de sensibilisation et d'information sur l'importance de l'hygiène individuelle et collective et de l'utilisation de lavage des mains au savon
- Distribution de matériel d'assainissement (poubelles, balais, pelles, brouettes, gants, râteliers, cache-nez) Dispositif lavage des mains, grésil, eau de javel
- Organiser des journées de salubrité, des concours et distribuer des prix pour les villages et écoles propres

OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique

RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.

- Assurer la prise en charge des enfants affectés et/ou victimes de crises (EFGA, EV-VBG, EV-REG/Mines, ENA/ES) par les opérations d'identification, documentation, de prise en charge des besoins urgents, de réinsertion sociale de réhabilitation, de suivi, etc.)
- Organiser la prise en charge psycho-sociale, médicale et alimentaire des femmes et enfants victimes
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain œuvrant à la coordination de la réponse et la mitigation des effets sanitaires des catastrophes
- Organiser, en collaboration avec le CNTS (qui dispose de 2 communicateurs) des séances de sensibilisation sur l'importance du don de sang
- Mise en place d'un système de surveillance et de communication de l'information sur les violations graves commises contre les enfants dans une situation de conflit armé
- Appuyer la mise en œuvre de micros projet en faveur des femmes victimes de la crise du nord (veuves des militaires et victimes de viols)
- Informer et sensibiliser les enfants, les familles, les communautés, les autorités et les membres des forces et groupes armés sur les risques liés à l'association des enfants aux conflits armés
- Doter en kits d'urgence les structures de protection de l'enfant
- Organiser des sessions de formation des acteurs de protection de l'enfant sur : l'éducation aux risques des REG et Mines; les VBG; l'IDTR; la prise en charge psychosociale; la prise en charge des EAFGA
- Adopter des mesures législatives et règlementaires sur la prise en charge gratuite des femmes et enfants victimes de violences en période de crise et susciter la mise en place d'une autorité judiciaire chargée de la prise en charge des victimes des VBG

RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée

- Renforcer les capacités des personnels en charge de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille à tous les niveaux en technique de mobilisation sociale et en gestion communautaire.
- Organiser la formation des acteurs /actrices de santé sur le processus de mise en place des comités de femmes utilisatrices des services de santé
- Assurer des séances de plaidoyer et de sensibilisation pour la promotion des femmes et des jeunes dans les organes de gestion des organisations communautaires et leur participation aux actions
- Organiser des activités génératrices de revenus (AGR) pour les femmes en situation de précarité (démunis) afin de prendre en charge leur problème de santé

RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.

- Doter la DRPFEF en matériel et équipement indispensables à la poursuite de sa mission
- Recruter et former un personnel compétent pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
- Construire et doter en infrastructures indispensables à la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
- Assurer le fonctionnement du SLPFEEF et doter le SLPFEEF en outils (supervision, suivi, enquête, collecte de données).

RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.

- Organiser un cadre de concertation annuel avec les partenaires
- Elaborer les TDR des activités par trimestre et à temps
- Faire un plaidoyer auprès des PTF pour une mobilisation plus importante des ressources
- Elaborer le Cadre de Dépenses à Moyen Terme du département (MPFEEF)

RS-9.3. L'aide sociale est renforcée

- Assurer la prise en charge sociale et para juridique des femmes vulnérables et/ou démunies
- Appareiller les femmes et enfants handicapés
- Assurer la prise en charge sociale des enfants vulnérables et/ou démunis
- Former les parents et les éducateurs dans la prise en charge des enfants en situation de handicap

RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

- Sensibiliser la population pour la création de la caisse villageoise de solidarité santé

RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.

- Organiser des missions pour la supervision et le suivi-évaluation des activités
- Former des agents de la DRPFE en SIS (remplissage des supports)
- Elaborer annuellement l'annuaire statistique
- Créer un Système d'Information sur la Protection de l'Enfant (SIPRE) et d'une base de données

RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données.

- Former des agents de la DRPFEF et d'autres agents sociaux sur la collecte, le traitement et l'analyse des données
- Organiser des cadres de concertation sur la collecte des données

RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.

- Diffuser largement le contenu et les dispositions du PDDSS (2014-2023) 2013 – 2022 auprès des acteurs concernés;
- Participer aux activités de CROCEP par les régions;
- Mettre en place d'une commission d'élaboration du PDSEC;
- Rechercher de données auprès des structures clés impliquées dans la coordination du PDSC.

RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue

- Participer au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre du PDSC 2014 – 2018;
- Participer à la programmation du PDSC 2019-2023.

RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.

- Elaborer le projet d'un paquet d'activités pour la Maison de la Femme (études, ateliers);
- Doter tous les services locaux de promotion de la femme de l'enfant et de la famille en ressources humaines, financières et matérielles;
- Renforcer les capacités d'intervention des structures communautaires de protection;
- Renforcer les capacités des structures et des institutions en moyens matériels financiers et en ressources humaines compétentes.

RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.

- Organiser des séances de sensibilisation en faveur de la participation active des femmes dans les organes de gestion et de prise de décision, y compris au niveau communautaire
- Organiser des séances de formations à l'endroit des femmes des bureaux ASACO sur la gestion des ASACO/CSCOM.
- Prendre des mesures pour une représentativité des femmes dans les organes de gestion
- Assurer la formation des membres ASACO sur le genre
- Organiser la formation des acteurs/actrices de santé des cercles sur le processus de mise en place des Comités de Femmes Utilisatrices des services de santé (CFU)
- Créer un mécanisme de récompense pour les ASACO dont les postes de décision sont détenus par les femmes

RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.

- Organiser des séances de formation sur l'intégration du genre dans les projets et programmes
- Diffusion de la PNG
- Promouvoir une budgétisation des projets et programmes sensible au genre
- Former les acteurs clés à l'approche genre et en EFH
- Mettre en place et assurer le fonctionnement des Conseils Régionaux et locaux de la PNG
- Evaluer annuellement le degré d'implication des femmes et des jeunes au niveau des organes de gestion des services de santé
- Mettre en place des Points Focaux Genre dans les structures sectorielles

Financement de la santé : activités prioritaires & résultats attendus.

(Note : les RS sans activités pour ce thème ne sont plus répétés dans cette liste)

RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.

- Proposer un système de financement basé sur les « outputs » FBR
- Développer un système d'évaluation de la qualité perçue par les usagers

RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.

- Veiller à diminuer les dépenses de poche des patients
- Veiller à limiter les ruptures des médicaments déterminés à être prescrits selon les ordigrammes prédéfinis

RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.

- Renforcer les capacités en matière de planification du personnel des districts
- Déterminer un processus d'attribution des coûts pour la planification des activités à tous les niveaux

RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

- Proposer un système de financement basé sur les « outputs » qui prend en compte une prime de motivation du personnel liée à la performance
- Déterminer un processus d'attribution des coûts pour la planification des activités à tous les niveaux

RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.

- Plaidoyer pour une remise à niveau du budget du secteur santé (déclaration d'Abuja)
- Prendre en compte la pauvreté des zones pour une répartition équitable du financement

RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.

- Procéder à une révision du manuel de procédures du PRODESS
- Organiser chaque année l'audit externe des comptes du PRODESS pour l'année N-1 à l'issue duquel les comptes sont certifiés.

RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

- Mener des réflexions sur la faisabilité d'une mise en place d'un système couvrant les exclus comme les travailleurs de l'informel

RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue

- Harmoniser les PO des districts avec les PDSEC des communes.

Annexe 4. Pauvreté et santé; aspects financiers

Tableau 151. Evolution de l'exécution budgétaire par année et pourcentage par niveau

Structures	exécution par niveau						Budget prévu	
	2011		2012		2013		2014	
Total Régions	39 345 079	30%	28 775 186	34%	13 822 491	37%	39 993 808	24%
EPH centraux	17 846 000	14%	16 006 935	19%	6 857 023	18%	124 089 843	76%
Structures centrales	72 449 957	56%	38 950 658	47%	16 608 808	45%		
TOTAL	129 641 036	100%	83 732 779	100%	37 288 322	100%	164 083 652	100%

Source : DFM Santé

Tableau 16. Dépense totale de santé par tête en FCFA et en Euro selon les zones de pauvreté

2004 d'après les CNS	Zone la plus pauvre (zone1)	Zone intermédiaire (zone 2)	Zone la plus riche (zone 3)
Dépense totale de santé par tête en FCFA	5510	15955	71588
Dépense totale de santé par tête en Euro	8.5	24.5	110.1

Source : Comptes Nationaux de Santé, 2006

Tableau 17. Dépenses totales de santé moyenne par ménage selon le quintile de bien-être et le lieu de résidence

Indicateurs	Quintile de bien être		Lieu de résidence	
	Le plus bas	Le plus haut	Milieu rural	Milieu urbain
Dépenses totales moyenne par malade ou blessé pour le premier recours en FCFA	7310	17812	9706	16618
Dépenses totales moyenne par malade ou blessé pour le second recours en FCFA	825	3321	909	3034
Dépenses totales moyenne par ménage pour les différents niveaux de recours, en FCFA	9462	26652	12499	22966

Source : EDS IV 2006

Tableau 18. Indicateurs de santé selon le quintile de bien-être et le lieu de résidence

Indicateurs	Quintile de bien être		Lieu de résidence		
	Le plus bas	Le plus haut	Milieu rural	Milieu urbain	
Données OMS	Prévalence de la contraception : méthodes modernes	3%	6%	4%	13%
	Couverture en visite prénatales (au moins 4 visites)	23	64	28	55
	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié	9%	75%	12%	67%
	Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes	233‰	123‰	234‰	156‰
Données EDS IV en 2006	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégé contre le tétanos néonatal	49.8%	74%	51.5%	68%
	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins	48.6%	56.2%	46.2%	53.2%
	Pourcentage des enfants ayant eu des symptômes d'IRA pour lesquels on a cherché un traitement	27.8%	60.4%	33.5%	50.6%
	Pourcentage des enfants avec la fièvre pour lesquels on a cherché un traitement auprès d'un prestataire de santé			28%	53.9%
Mortalité néonatale	63‰	40‰	61‰	45‰	

Source : EDS IV 2006; OMS Statistiques Sanitaires Mondiales, 2013

Annexe 5. Pauvreté et santé, selon quintiles de bien-être.

La disparité des états et des indicateurs de santé est flagrante entre les personnes appartenant aux quintiles de bien être extrêmes. Chez les plus pauvres, la prévalence de la contraception, le pourcentage d'enfants ayant présenté des symptômes d'IRA et pour lesquels on a cherché un traitement ainsi que le taux de mortalité infantile représente environ la moitié de la valeur de ces indicateurs chez le quintile le plus riche.

Figure 13. PF et quintiles

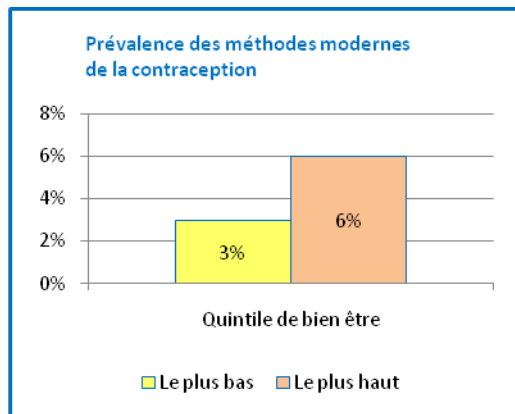
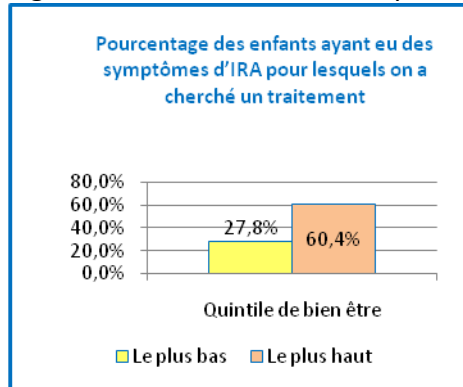


Figure 14. IRA traitement, et quintiles



Moins de 10% des naissances seulement se font auprès de personnels de santé qualifiés et la moitié de la dernière naissance a été protégé contre le tétanos néonatal pour les $\frac{3}{4}$ chez les plus riches. La mortalité néonatale est de 63‰ pour 40‰ chez les riches.

Figure 16. Naissances assistés, et quintiles

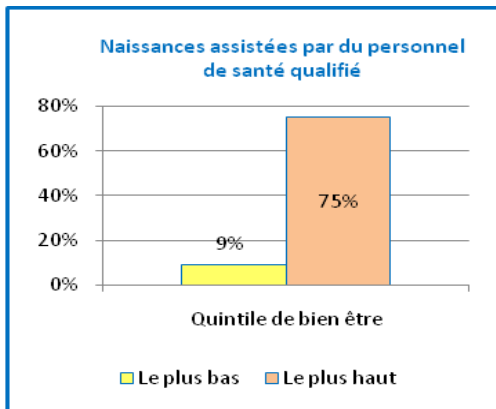


Figure 15. TT et quintiles

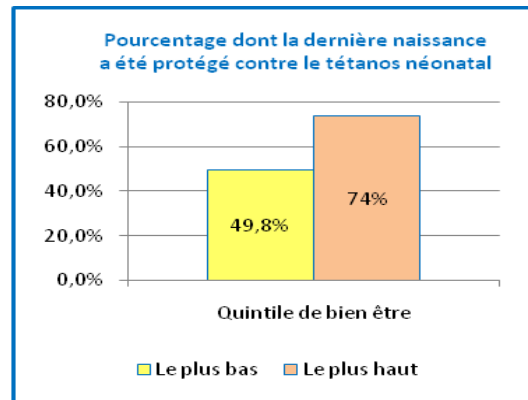
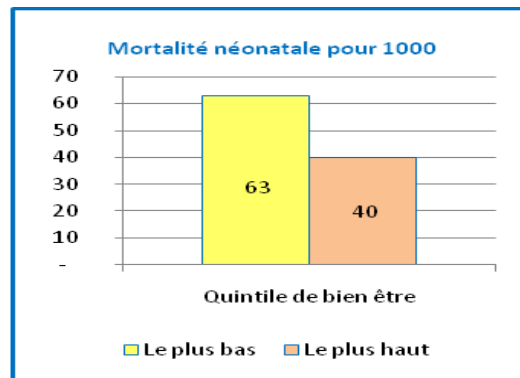


Figure 17. Mortalité néonatale, et quintiles



La couverture en visites prénatales chez les plus pauvres à raison d'au moins 4 visites représente environ le tiers de la valeur chez les riches. Seul l'indicateur de la vaccination se rapproche pour les deux quintiles opposés. Mais on note quand même une différence.

Figure 19. CPN, et quintiles

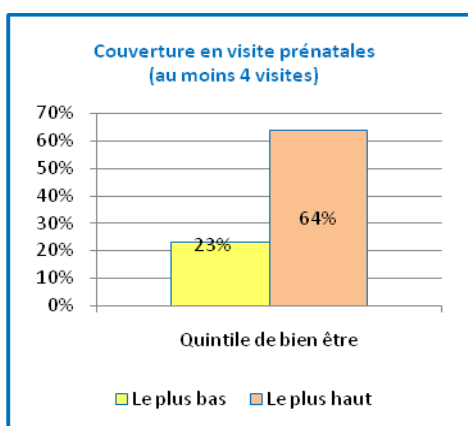
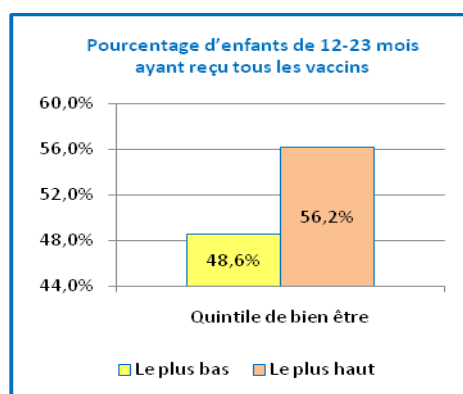
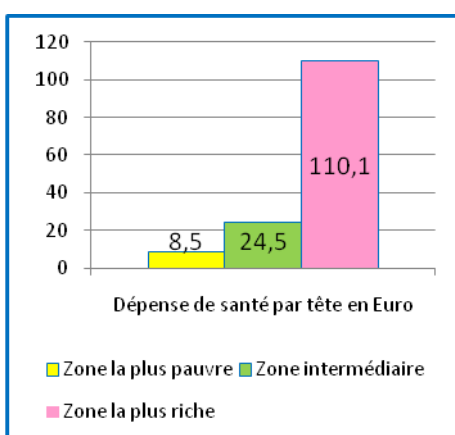


Figure 18. Couverture vaccinale, et quintiles



La charge financière relative aux soins est très lourde pour les ménages et la barrière financière reste un des problèmes les plus importants en matière d'accès aux soins.

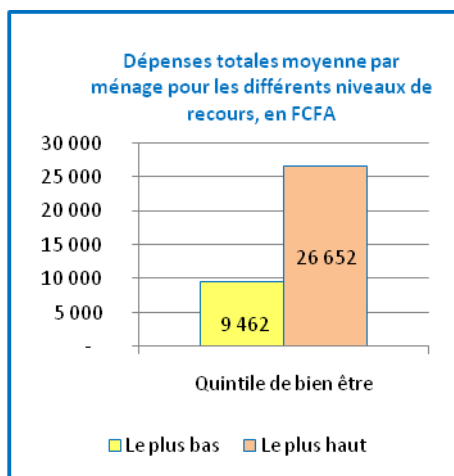
Figure 20. Dépenses de santé par capita, et zones de pauvreté



Par ailleurs, chez le quintile le plus pauvre la valeur des dépenses totales moyenne en santé par ménage pour les différents niveaux de recours aux soins représente le tiers de la valeur chez le quintile opposé.

Toutefois ces sommes représentent une part très lourde dans le budget de consommation des ménages pauvres.

Figure 21. Dépenses totales moyennes par ménage pour les différents niveaux de recours, en FCFA



En valeur absolue, les dépenses des ménages représentent une différence très importante entre pauvres et riches, mais aussi entre les populations habitant les zones rurales par rapport aux citadins. Il en est de même pour les indicateurs et états de santé par rapport aux lieux de domiciliation.

La disparité des états et des indicateurs de santé est tout aussi marquante entre les personnes vivant en milieu rural par rapport aux citadins. Chez la population rurale, les indicateurs suivent de près la valeur de celle appartenant au quintile le plus pauvre avec des similitudes de différences par rapport au milieu urbain.

Figure 22. PF, par lieu de résidence

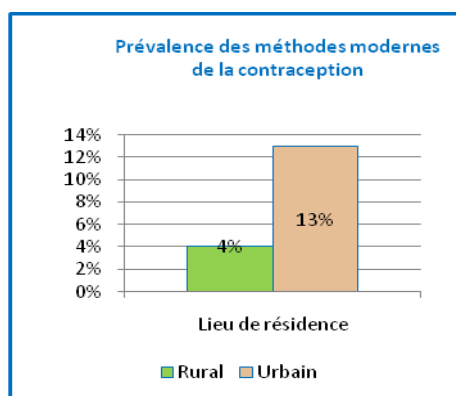
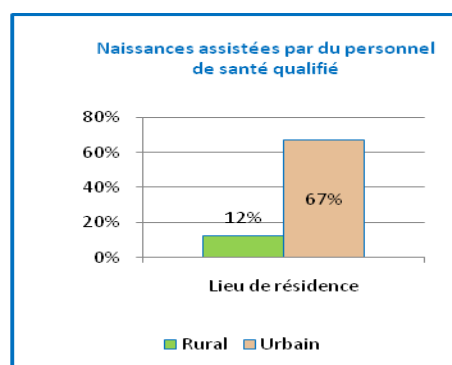
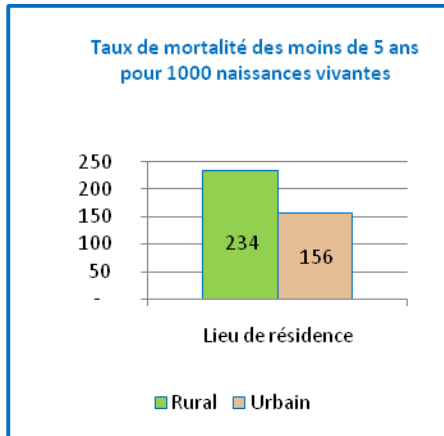


Figure 23. Couverture accouchements, par lieu de résidence



Toutefois, pour certains indicateurs la zone géographique est source de disparités moindre par rapport aux conditions socioéconomiques.

Figure 24. Mortalité infanto-juvénile, par lieu de résidence



Par exemple la différence entre la valeur de la mortalité chez les enfants de moins de 5ans ainsi que celle de la mortalité néonatale n'est pas aussi prononcée par rapport aux zones géographiques de résidence comme l'appartenance aux deux extrémités des quintiles de bien- être.

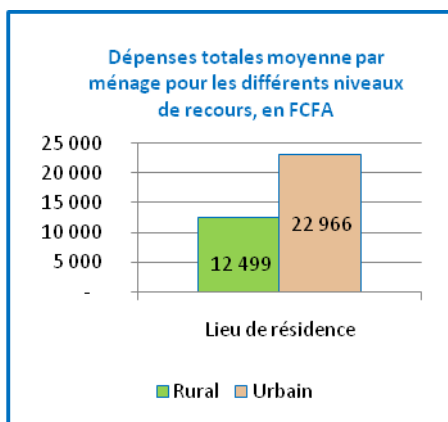
Source: OMS Statistiques Sanitaires Mondiales, 2013

- Prévalence de la contraception
- Couverture en visite prénatales (au moins 4 visites)
- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
- Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes

Source : EDS IV 2006

- Pourcentage dont la dernière naissance a été protégé contre le tétanos néonatal
- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins
- Pourcentage des enfants ayant eu des symptômes d'IRA pour lesquels on a cherché un traitement
- Pourcentage des enfants avec la fièvre pour lesquels on a cherché un traitement auprès d'un prestataire de santé

Figure 25. Dépenses pour la santé, par lieu de résidence



En ce qui concerne les soins de santé des ménages, ceux vivant en zone urbaine dépensent presque le double de la population résidant en milieu rural.

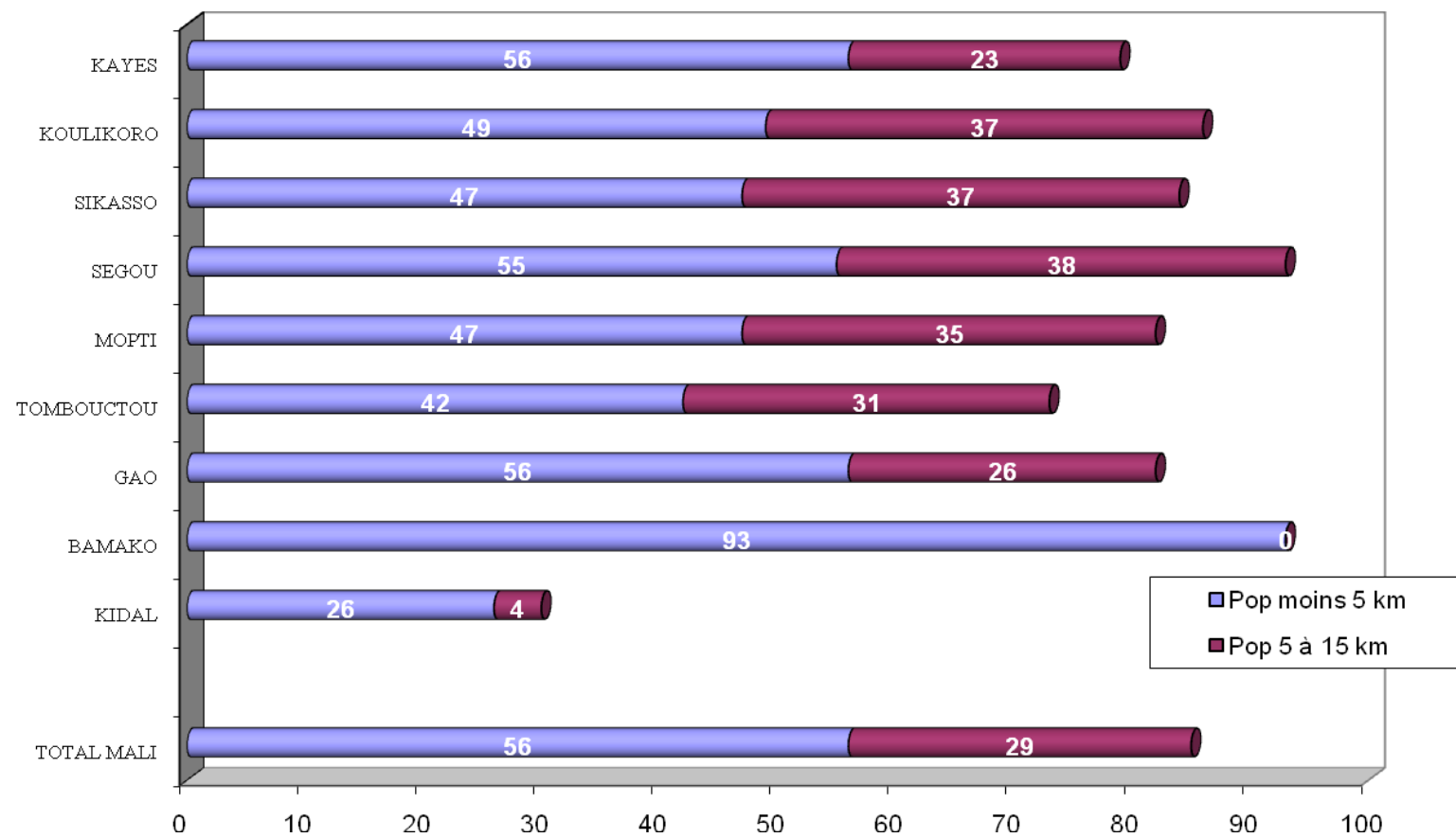
Annexe 6. L'offre des services de santé – évolution et couverture des CSCOM

Tableau 19. Evolution / couverture CSCOM, par région

REGIONS	1989-1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Kayes	12	7	13	9	13	9	14	12	6	11	11	14	10	18	8	18	5	6	199
Koulikoro	15	12	14	12	12	3	7	9	3	7	34	8	14	3	3	9	5	7	182
Sikasso	23	22	20	17	24	2	19	11	5	5	8	13	5	6	8	3	7	7	208
Ségou	33	11	8	15	7	11	9	14	15	3	9	15	8	4	3	8	2	11	188
Mopti	20	16	17	12	7	5	3	6	11	9	9	7	6	3	3	9	3	6	153
Tombouctou	0	0	0	0	15	4	5	2	7	8	8	11	2	3	2	3	0	0	71
Gao	0	0	0	1	12	13	4	4	3	3	1	6	6	0	2	7	3	0	65
Bamako	22	3	8	3	3	3	0	3	2	0	1	2	0	0	2	2	2	1	57
Kidal	0	0	0	0	0	0	4	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	11
Total général	125	71	80	69	93	50	65	62	52	48	82	77	51	38	31	60	27	38	1 134

Source : 2013, CPS, Annuaire Statistiques SLIS, 2012

Figure 26. Accessibilités géographiques aux CSCOM, par région



Source : 2013, CPS, Annuaire Statistiques SLIS, 2012

Annexe 7. Situation du personnel des services PFFE, par Cercle

Tableau 20. Personnel existant dans les services locaux PFFE, par Cercle, par rapport au cadre organique

Régions	Cercles	Prévu dans les cadres organiques	Effectifs au 1er février 2014
DRPFEF Kayes	Bafoulabé	5	0
	Diéma	5	0
	Kayes	5	1
	Kéniéba	5	1
	Kita	5	1
	Nioro du Sahel	5	0
	Yélimané	5	0
DRPFEF Koulikoro	Banamba	5	1
	Dioula	5	1
	Kangaba	5	1
	Kati	5	1
	Kolokani	5	1
	Koulikoro	5	1
	Nara	5	1
DRPFEF Sikasso	Bougouni	5	1
	Kadiolo	5	1
	Kolondiéba	5	0
	Koutiala	5	0
	Sikasso	5	1
	Yanfolila	5	0
	Yorosso	5	1
DRPFEF Ségou	Bla	5	1
	Barouéli	5	1
	Macina	5	1
	Niono	5	1
	San	5	1
	Ségou	5	0
	Tominian	5	1

DRPFEF Mopti	Bandiagara	5	1
	Bankass	5	0
	Djenné	5	0
	Douentza	5	1
	Koro	5	0
	Mopti	5	1
	Téenkou	5	1
	Téenkou		0
	Youwarou	5	0
DRPFEF Gao	Ansongo	5	1
	Bourem	5	1
	Gao	5	1
	Ménaka	5	1
DRPFEF Tombouctou	Tombouctou	5	0
	Diré	5	0
	Niafunké	5	0
	Goundam	5	0
	Gourma-Rharous	5	0
DRPFEF Kidal	Abeïbara	5	0
	Kidal	5	0
	Tessalit	5	0
	Tin-Essako	5	0

Source : MFEF, 2014

Annexe 8. Utilisation et couverture des services socio-sanitaires

Tableau 21. Utilisation et couverture des services socio-sanitaires 2004-2012

Indicateurs	Annuaire SLIS								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre CSCCom	699	753	785	826	873	993	1050	1086	1134
Accessibilité à 5Km (%)	48	50	51	58	58	57	58	59	56
Accessibilité à 15Km (%)	72	75	76	79	80	88	88	90	85
BCG <1 an (%)	103	92	96	108	110	90	89	111	109
DTCP3 <d'1an (%) /et Penta3	90	91	92	94	94	101	92	88	88
VAR <d'1 an (%)	78	78	82	89	91	98	92	82	87
CPN 1 (%)	75	75	75	78	82	90	79	76	68
CPN effective (%)				35	34	44	42	29	38
Accouchement Assisté (%)	49	53	55	58	61	64	60	57	57
Utilisation CC (NC/A/H)	0,25	0,26	0,26	0,29	0,29	0,33	0,33	0,32	0,31
Utilisation PF (%)	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	5,55	4,86	6,12	5,79
% des CSREF ayant organisé une référence/évacuation	34/59	43/59	51/59	57/59	59/59	59/59	60/60	60/60	60/60
Ratios du personnel	Médecin			10.389	9.885	7.256	9.451	8528	9.537
	Sage-femme			21.615	22.826	10.763	21.479	17122	9.219
	Inf./AM			3.365	3.895	1.930	3.461	3618	3.833
Sites PTME*	15	31	30	59	14	ND	ND	338	347

Sources : DNS : Annuaire du SLIS de 2004 à 2012; * Rapports annuels PTME. ND : Non disponible

Annexe 9. Mobilisation des ressources 2005-2014

Contribution des entités de financement de la Santé

Tableau 22. Ressources pour la santé; contribution en % des sources de financement. 1999-2004

Années	Fonds publics	Collectivités décentralisées	Fonds privés (92% par les ménages) ¹⁵⁰	Reste du Monde
1999	13%	3%	76%	8%
2000	16%	3%	73%	8%
2001	17%	6%	60%	18%
2002	15%	5%	66%	14%
2003	20%	9%	60%	12%
2004	22%	9%	55%	14%

Source : Comptes Nationaux de Santé, 2006

¹⁵⁰ 2006 - MSHP : *Comptes Nationaux de Santé et EDS 2012-2013*

Evolution de la structure du financement des dépenses de santé

Tableaux 30. Exécution des programmes opérationnels annuels de 2011 à 2013 et prévisions 2014

2011										
Acteurs	Budget prévu	Montant reçu		Dépenses Réalisées	Taux de mobilisat°	Taux d'exécut°	Fonctionnement		Investissement	
Etat	66 557 765	66 095 018	49%	64 709 128	99,3%	97,9%	48 552 511	75%	16 156 617	25%
ABS	10 472 168	13 746 268	10%	11 920 051	131,3%	86,7%	5 941 551	50%	5 978 500	50%
Recouvrements	18 451 245	7 422 556	5%	7 182 005	40,2%	96,8%	7 102 405	99%	79 600	1%
Communautés	1 522 045	372 069	0%	370 125	24,4%	99,5%	367 358	99%	2 767	1%
Collectivités	3 972 530	620 338	0%	619 018	15,6%	99,8%	404 410	65%	214 608	35%
Partenaires	60 093 321	47 267 929	35%	46 714 105	78,7%	98,8%	33 463 905	72%	13 250 200	28%
TOTAL	161 069 074	135 524 178	100%	131 514 432	84,1%	97,0%	95 832 140	73%	35 682 292	27%

Source : données comité de suivi PRODESS 2012

2012

Acteurs	Budget prévu	Montant reçu		Dépenses Réalisées	Taux de mobilisat°	Taux d'exécut°	Fonctionnement		Investissement	
Etat										
ABS										
Recouvrements										
Communautés										
Collectivités										
Partenaires										
TOTAL										

2013 semestre 1

Acteurs	Budget prévu	Montant reçu		Dépenses Réalisées	Taux de mobilisat°	Taux d'exécut°	Fonctionnement		Investissement	
Etat	72 718 824	24 752 099	0,53%	20 018 438	34,04%	80,88%	18 762 007	94%	1 256 431	6%
ABS	564 959	4 603 000 000	99,09%	4 324 873	814749,39%	0,00%	864 975	0%	3 459 898	0%
Recouvrements	6 568 116	3 817 202	0,08%	3 220 334	58,12%	84,36%	3 138 166	97%	82 168	3%
Communautés	579 699	53 265	0,00%	51 068	9,19%	95,88%	49 458	97%	1 610	3%
Collectivités	2 574 911	72 516	0,00%	71 444	2,82%	98,52%	71 444	100%	0	0%
Partenaires	103 447 317	13 644 572	0,29%	13 335 365	13,19%	97,73%	11 085 002	83%	2 250 363	17%
TOTAL	186 453 826	4 645 339 654	100,00%	41 021 522	2491,42%	0,88%	33 971 052	83%	7 050 470	17%

2014

Acteurs	Budget prévu		Fonctionnement		Investissement	
Etat	83 015 018	51%	67 491 247	81%	15 523 771	19%
ABS	3 470 920	2%	1 757 969	51%	1 712 951	49%
Recouvrement	18 568 223	11%	18 028 942	97%	539 281	3%
Communautés	882 793	1%	562 021	64%	320 772	36%
Collectivités	3 221 229	2%	924 334	29%	2 296 895	71%
Partenaires	54 925 474	33%	45 462 999	83%	9 462 475	17%
TOTAL	164 083 658	100%	134 227 516	82%	29 856 147	18%

Budget prévu par catégorie

Tableau 31. Budget prévu par catégorie de dépenses (2011-2014)

2011	Budget prévu	% par catégorie	Budget reçu	Dépenses exécutées
Génie civile	19 367 039	12%	non disponible	15 721 122
Equipement	17 640 454	11%		8 025 430
Assistance technique	2 901 353	2%		5 613 299
Formation et Recherche	13 194 897	8%		6 905 925
Consommables (médicaux, médicaments, réactifs, ...)	43 199 085	27%		26 254 553
Salaires et primes	22 644 483	14%		21 538 484
Fonctionnement hors salaires	42 121 764	26%		47 455 618
	161 069 074	100%		

2012	Budget prévu	% par catégorie	Budget reçu	Dépenses exécutées
Génie civile	9 670 009	5%	non disponible	1 591 455
Equipement	13 528 172	7%		3 423 834
Assistance technique	719 762	0%		410 592
Formation et Recherche	14 262 279	7%		4 795 810
Consommables (médicaux, médicaments, réactifs, ...)	71 562 019	37%		20 184 771
Salaires et primes	29 310 799	15%		22 105 195
Fonctionnement hors salaires	56 728 823	29%		22 545 229
	195 781 862	100%		

2013	Budget prévu	% par catégorie	Budget reçu	Dépenses exécutées sem1
Génie civile	6 481 608	3%	non disponible	1 496 237
Equipement	15 291 198	8%		1 623 340
Assistance technique	809 152	0%		65 268
Formation et Recherche	8 663 155	5%		1 426 975
Consommables (médicaux, médicaments, réactifs, ...)	50 994 757	27%		10 002 421
Salaires et primes	31 664 901	17%		11 542 368
Fonctionnement hors salaires	72 609 056	39%		10 679 841
	186 513 827	100%		

2014	Budget prévu		Fonctionnement		Investissement	
Génie civile	9 856 656	6%	0		9 889 156	30%
Equipement	13 805 598	8%	0		15 273 112	47%
Assistance technique	779 554	0%	0		989 554	3%
Formation et Recherche	10 230 410	6%	6 177 613	4%	5 731 986	18%
Consommables (médicaux, médicaments, réactifs, ...)	49 492 056	30%	56 860 331	37%	729 320	2%
Salaires et primes	28 956 943	18%	30 503 403	20%	0	
Fonctionnement hors salaires	51 002 440	31%	58 964 363	39%	0	
	164 123 658	100%	152 505 711	100%	32 613 129	100%

Budget prévu par source

Tableau 23. Budget prévu par source 2011-2014 (%)

	Budget prévu par source			
	2011	2012	2013	2014
Etat	41%	37%	39%	51%
ABS	7%	6%	0%	2%
Recouvrement	11%	9%	4%	11%
Communautés	1%	1%	0%	1%
Collectivités	2%	2%	1%	2%
Partenaires	37%	46%	55%	33%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Tableau 24. Taux de mobilisation, par source; 2011-2014

	Taux de mobilisation			
	2011	2012	2013 Semestre 1	2014
Etat	99,3%	65,3%	34,0%	n.a
ABS	131,3%	3,7%	60,1%	n.a
Recouvrements	40,2%	43,3%	58,1%	n.a
Communautés	24,4%	49,1%	9,2%	n.a
Collectivités	15,6%	6,1%	2,8%	n.a
Partenaires	78,7%	24,8%	13,2%	n.a
TOTAL	84,1%	39,6%	22,9%	n.a

Budget mobilisé par catégorie

Tableau 25. Budget mobilisé, par catégorie de dépenses 2011-2014

	Budget mobilisé par catégorie			Prévu
	2011	2012	2013	2014
Génie civile	12%	5%	3%	6%
Equipement	11%	7%	8%	8%
Assistance technique	2%	0%	0%	0%
Formation et Recherche	8%	7%	5%	6%
Consommables (médicaux, médicaments, réactifs, ...)	27%	37%	27%	30%
Salaires et primes	14%	15%	17%	18%
Fonctionnement hors salaires	26%	29%	39%	31%
Total	100%	100%	100%	100%

Budget mobilisé par source

Tableau 26. Budget mobilisé par source; 2011-2014

	Budget reçu par source			
	2011	2012	2013 Semestre 1	2014
Etat	49%	60%	58,0%	n.a
ABS	10%	1%	0,8%	n.a
Recouvrements	5%	10%	8,9%	n.a
Communautés	0%	1%	0,1%	n.a
Collectivités	0%	0%	0,2%	n.a
Partenaires	35%	29%	32,0%	n.a
TOTAL	100%	100%	100%	n.a

Annexe 10. Expérience pilote du Financement Basé sur les Performances (FBP); Dioïla et Banamba.

La zone d'intervention du projet dont le démarrage effectif se situe en Novembre 2012 est la région de Koulikoro : cercles Dioïla et Banamba avec 3 districts sanitaires (Dioïla-Fana-Banamba) pour une population des 3 districts de 654 800 habitants.

Objectif du projet

Tester dans la pratique l'opérationnalisation de l'approche FBR dans le contexte Malien :

- contribution de l'approche à l'amélioration du système de santé existant, et
- contribution à la réduction de la mortalité maternelle et néo natale - OMD5

Activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre:

- Elaboration participative des outils FBR (suivi-évaluation- Planification, Contrats, Vérification, Evaluation personnel, Barèmes et Manuel de gestion....)
- Formation + 500 responsables d'ASACO, CSCOM/CSRéf, collectivités et ONG sur le processus et les outils,
- Couverture progressives des 26 CSCOM et 3 CSREF par lots de 3 à 4
- Appui conseil/ supervision des activités sur le terrain,
- Vérifications trimestrielles par les ECDS pour les CSCOM et par l'ECDRS pour les CSREF;
- Contre-vérifications trimestrielles des résultats par 3 ONG;
- Achats des résultats des 26 CSCOM-3CSREF (entre 1 à 5 fois suivant le rythme de couverture),
- Tenue des réunions de comités de pilotage aux niveaux national et cercle et de capitalisation au niveau régionale

Les fonds issus de l'achat des résultats sont utilisés pour :

- Financer les investissements à hauteur, de 60% dans les CSCOM et 40% dans les CSREF, des fonds d'achats de résultats,
- Motiver le personnel (primes individuelles liées au rendement de chaque agent à hauteur, de 40% dans les CSCOM et 60% dans les CSREF, des fonds d'achat de résultats.

Cette répartition des fonds d'achat des résultats a été décidée de manière participative sur la base de seuil de motivation retenu avec les tous acteurs

Les conclusions portées par l'équipe SNV sont que " L'approche FBR, aujourd'hui, a une valeur ajoutée " car elle contribue à l'amélioration:

- De la quantité et de la qualité des soins mais surtout de celle du système de santé du district,
- Du partenariat entre les différents acteurs, indispensable pour les résultats de qualité,
- De la motivation du personnel de santé pour accélérer l'atteinte des résultats fixés des indicateurs clés PRODESS,
- La bonne gouvernance et la redevabilité des acteurs clés,
- La bonne gestion transparente des ressources et surtout une meilleure implication des collectivités pour le suivi de qualité.

Annexe 11 Division des responsabilités entre les trois Départements – PRODESS-III

Tableau 27. Rôle des trois départements, par domaine

Domaines	MSHP	MSAHRN	MFEF
Santé et Hygiène Publique	Missions régaliennes	Approche communautaire Mobilisation sociale AMO/RAMED/CANAM Mutualité Associations faitières Assistance aux indigents, aux handicapés et aux enfants de la rue	Genre Équité Mobilisation sociale pour la promotion de la santé Violence faites aux femmes et aux enfants Travail des enfants
Travail (inspection du travail), Affaires Sociales et Humanitaire;	Hygiène en milieu de travail Sécurité au travail (invalidité, accident de travail) Maladies professionnelles Prise en charge médicale des déplacés ou réfugiés	Missions régaliennes	Genre Équité Activités génératrices de revenus pour les femmes
Promotion de la Famille, de la Femmes et de l'Enfant	Prise en charge des complications liées aux violences faites aux femmes et aux enfants	Assistance aux enfants de la rue Enfants abandonnés Naissances multiples	Missions régaliennes

Source : travail du groupe 1 / 'santé ' ; formulation PRODESS-III – CPS Janvier-Février 2014.

Annexe 12. Liste des groupes thématiques.

Selon l'Arrêté Interministériel 2011-4225/MS/MDSSPA/MPFEF-SG du 19 oct 2011, les groupes thématiques – ou : groupes d'appui - suivants existent :

1. groupe d'appui à la Santé à la Reproduction;
2. groupe d'appui à la Nutrition;
3. groupe d'appui à la Décentralisation et Déconcentration;
4. groupe d'appui à la Direction des Finances et du Matériel;
5. groupe d'appui à la Pharmacie et Médicaments;
6. groupe d'appui au Renforcement du Système de Santé;
7. groupe d'appui aux Ressources Humaines;
8. groupe d'appui à la contractualisation;
9. groupe d'appui à la Statistique;
10. groupe d'appui au Financement alternatif de la santé;
11. groupe d'appui à la lutte contre le paludisme;
12. groupe d'appui à la l'Hygiène publique, salubrité et santé environnementale.

Annexe 13. Cadre Commun des indicateurs PDDSS / PRODESS-III

Tableau 28. Tableau: Estimation des cibles par an des indicateurs du cadre commun 2014-2018, PRODESS III

<i>Indicateurs</i>	<i>Valeur, source et année de référence</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
<i>Réduire la mortalité maternelle; néonatale; infantile et infanto-juvénile</i>						
1. Taux de mortalité néonatale	34 pour mille EDS-V (2013)					29 pour mille
2. Taux de mortalité infantile (0-1 an)	56 pour mille (EDS-V (2013)					42 pour mille
3. Taux de mortalité infanto juvénile	95 pour mille EDS-V (2013)					81 pour mille
4. Taux d'insuffisance pondérale	26% EDS (2013)					20%
5. Déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer	12% EDS-V (2013)					7,00%
6. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	368/100 000 NV EDS-V (2013)					230/100 000 NV
7. Taux Consultation Périnatale (CPN) 3 ^{ème} visite	38% SLIS 2012	40%	45%	50%	60%	65%

8. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	48% SLIS 2013	50%	52%	54%	56%	58%
9. Taux de prévalence contraceptive	6,89% SLIS 2012	8%	10%	12%	13%	15%
10. Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCOM	7,14% RapRevue (2006-2012)	8%	10%	12%	15%	20,00%
<i>Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles</i>						
11. Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en DTCP3 (Penta-3)	88% SLIS 2012	90%	92%	93%	94%	95%
12. Taux de couverture VAR	87% SLIS 2012	90%	92%	93%	94%	95%
13. Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les enfants de moins de 5 ans	69% EDS-V (2013)					80%
14. Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les femmes enceintes	72% EDS-V (2013)					82%
15. Proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0-5 ans atteints de paludisme vus dans les formations sanitaires	41,7% PNL (2011)	39%	35%	30%	25%	20,00%
16. Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes de 15-49 ans	1,1% EDS-V (2013)					< 1 %

<i>Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non-transmissibles</i>						
17. Taux de prévalence du diabète sucré	9,3% Etude (2008)					7,00%
18. Taux de prévalence de l'HTA	10% (Estimation PDDSS (2011))					8%
19. Taux de prévalence de la carie dentaire chez les enfants d'âge scolaire (< 10 ans)	82,4% Estimation PDDSS (2011)					< 60%
<i>Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé</i>						
20. Taux de couverture en latrines améliorées	17,6% EDS-V (2013)					25%
<i>Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits et minimiser leur impact social et économique</i>						
21. % du budget de la santé alloué aux catastrophes et épidémies	1,48% DFM (2011)	1,50%	1,75%	2,10%	2,30%	2,50%

<i>Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations</i>						
22. Taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km	56% SLIS (2012)	57%	58%	59%	60%	61%
23. Taux d'utilisation des services (nouveaux consultants / habitant / an)	0,31 SLIS (2012)	0,34	0,36	0,38	0,4	0,42
24. Pourcentage d'ASACO avec 30% des membres qui sont des femmes dans les organes de gestion	ND (MFEF 2013)	5%	15%	20%	25%	30%
25. Pourcentage d'ASACO présidées par des femmes	< 2 % MFEF (2012)	5%	15%	20%	25%	30%
<i>Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins</i>						
26. Taux de rupture de stock de médicaments du panier commun	30,5% Evaluation (2013)	28%	25%	20%	15%	10%
27. Coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM	1430 FCFA Evaluation (2009)	1400	1350	1300	1250	1200

<i>Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable</i>						
28a. Densité populationnelle des médecins	1/9 537 DRH (2012)	1/ 8 100	1/6 100	1/5 000	1/4 000	1/3 300
28b. Densité populationnelle des sages-femmes	1/9 219 DRH (2012)	1/ 8 100	1/6 100	1/5 000	1/4 000	1/3 300
28c. Densité populationnelle des infirmiers / assistants médicaux	1/3 833 DRH (2012)	1/3 600	1/2 700	1/2 500	1/ 2 300	1/2 000
(aussi : Ecart entre les moyennes nationales et les régions les moins favorisées)						
<i>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 efficaces</i>						
29. La part du budget de la santé (secteur socio-sanitaire) dans le budget national	8,16% DFM (2009)	9,10%	10%	11%	12%	13,00%
30. Taux de couverture des populations en mutuelles de santé	4,17% SISO (2012)	6,80%	9,50%	11,00%	13,00%	15,00%
31. Taux de couverture de l'AMO	3,4% SISO (2012)	5,50%	8, 10%	10,50%	11,50%	13,00%
32. Taux de couverture du RAMED	0,2% SISO (2012)	1,10%	2%	2,50%	3,50%	4,00%
33. Pourcentage de financement alloué aux zones les plus pauvres	55% Evaluation (2009)	55%	56%	57%	58%	59%

<i>Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et social fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social</i>						
34. Fonctionnalité et intégration des différents sous-systèmes	57,4 % (4 sur 7) Estimation PDDSS (2011)	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle</i>						
35. % d'ASACO ayant signé la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec les communes	95% FENASCOM (2011)	96%	97%	98%	99%	100%

Source : PDDSS 2014-2023

Annexe 14. Indicateurs opérationnels, par Composante, et par RS.

Tableau 29. Indicateurs par RS; Composante 1

NA : non applicable (RS ne pas concerné par la composante)

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile							
RS-1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.	Taux d'accouchements assistés	57%	59%	61%	63%	65%	67%
RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.	Taux de césariennes	2,40%	3%	3,50%	4,00%	4, 50%	5%
RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.	Taux de prévalence contraceptive	6, 89%	8, 89%	10, 89%	12,89%	14,89%	16,89%
RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées							
RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.	Taux de malnutrition chronique (6-59 mois)	38%	33%	28%	23%	18%	15%
RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace	Taux de malnutrition aigue modérée (6-59 mois)	19%	16%	13%	10%	5%	5%
RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace	Taux de malnutrition aigue sévère (6-59mois)	19%	16%	13%	10%	5%	5%
RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel	Nombre d'études multisectorielles réalisées sur la santé et la nutrition en milieu scolaire	ND	0	1	0	1	2
RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.							

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.	Taux de couverture en latrines améliorés dans les établissements scolaires	11%	15%	18%	20%	25%	30%
OS 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles							
RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali	Proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme vu dans les formations sanitaires	41,70%	38,70%	35%	30%	20%	10%
RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.	Taux de prévalence du VIH/Sida chez les 15-49 ans	1,30%	1,20%	1,10%	1,00%	0,50%	< 1%
RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	Taux de détection de la tuberculose	55%	57%	60%	63%	65%	67%
RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.	Taux de couverture vaccinale enfants moins d'1 an en Penta3	88%	89%	90%	90%	≥ 90%	≥ 90%
RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.	Taux d'incidence des cas de lèpre détectés	0,21/10 000	0, 19	0,17	0,15	0,12	0,10/10 000
OS 3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles							
RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace	% de personnel formé au dépistage précoce et la prise en charge efficace des maladies non transmissibles aux trois niveaux de la pyramide sanitaire	0%	10%	10%	10%	10%	50%
RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience	Nombre de supervisions intégrées des programmes de lutte contre les maladies par an, par district et par région	1	2	3	4	4	4

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé							
RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.	Pourcentage d'infection des sites opératoire dans les EPH et CSRéf	ND					≤ 1%
RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.	Taux de couverture en latrines améliorés	11%	15%	18%	20%	25%	30%
RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.	Nombre d'agents formés sur le changement climatique et santé	0	20	20	20	20	100
RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées	Nombre d'agents formés sur la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail	0	20	20	20	20	100
OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique							
RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.	Existence d'un dispositif de prévention et de réponse aux urgences liées aux crises, catastrophes, épidémies par région.	0	0	2	2	3	9
OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations							
RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées	Taux d'utilisation des services (nc/hbt/an)	0,31 nc/Hb/an	0,33	0,35	0,37	0,39	0,40 nc/hb/an
RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée		NA					

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée		NA					
RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.	Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCom	7,14%	15%	17%	25%	28%	30%
RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.	Nombre de CSCom médicalisés	302	222	222	222	222	1110
RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.	Nombre de nouveaux CSRéf créés	0	0	3	3	3	12
RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.	Taux de mortalité intra hospitalière	12%	10%	8%	6%	5%	5%
RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.	Proportion des patients admis sur Référence/Evacuation à l'EPH	22%	27%	31%	35%	45%	50%
RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	50%	60%	70%	80%	85%	90%
RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.	Nombre d'Etablissements de soins où il existe un dispositif systématique de maintenance préventive des infrastructures et équipements biomédicaux	0	17	17	17	17	85
RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées.	Nombre d'Etablissements de soins disposant de professionnels formés à la maintenance préventive des infrastructures et équipements biomédicaux	0	17	17	17	17	85
RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate	Nombre de Thérapeutes traditionnels formés appliquant les règles	125	25	25	25	25	100%

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
	d'Ethique						
OS 7 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins							
RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	Le secteur pharmaceutique est mieux régulé (évaluation)	ND	0	1	0	1	2
RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.	Taux de disponibilité des 12 médicaments du panier sur une période donnée	70%	80%	85%	90%	95%	100%
RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.	Coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSRéf	2000	0	1500		1500	≤ 2000
RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.	Taux de non-conformité des médicaments	...					
RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.	Taux de disponibilité des médicaments essentiels dans le secteur privé sur une période donnée	76,9%	80%	82%	85%	87%	90%
RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.	Taux de disponibilité des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) au niveau des dépôts de vente de médicament (évaluation)	ND	0	1	0	1	2
RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.	Nombre moyen de jour de rupture des vaccins	100% (source CNI 2012)	100%	100%	100%	100%	100%

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	Nombre moyen de jour de rupture de poches de sang au niveau du CNTS					
RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	Nombre moyen de jour de rupture des réactifs	...					
RS-7.10. L'usage rationnel des médicaments est assuré	Pourcentage d'ordonnance avec au moins un antibiotique (voie orale /	60% (Evaluation DPM 2013)	50%	45%	40%	35%	30%
	Pourcentage d'ordonnance avec au moins un antibiotique injectable	33, 7% (Evaluation DPM 2013)	30%	25%	20%	15%	10%
OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable							
RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.	Ratio Sage-femme/Habitant	1/9 219	8399	7579	6759	5939	1/5 119
RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.	Ratio Médecin/Hbt	1/9 537	8670	7803	6936	6069	1/5 202
RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.	Ratio Infirmier-Assistant Médical/Hbt	1/3 833	3507	3181	2855	2529	1/2 203
OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces							

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.		NA					
RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.		NA					
RS-9.3. L'aide sociale est renforcée		NA					
RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.		NA					
RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.		NA					
OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire							
RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.	Fonctionnalité et intégration des différents sous systèmes au niveau SD-SNISS	57% (4 de 7)	60%	70%	80%	90%	100%
RS-10.2 Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données	Fonctionnalité et Outils SLIS révisés disponibles à tous les niveaux	57%	60%	70%	80%	90%	100%
RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.	Fonctionnalité du CNCRS et de la base de données pour la recherche	57%	60%	70%	80%	90%	100%
OS 11 : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.							
RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.	Nombre de textes actualisés	0	0	3	0	0	3

OS et RS	'Indicateurs	valeur référence indicateurs (2012)	2014	2015	2016	2017	2018
RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue	% d'ECD ayant été formés sur l'approche GAR et outils de planification au cours du PRODESS-III	310	25%	30%	50%	80%	370 (100%)
RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés	Proportion de districts ayant leur carte sanitaire révisé	61	25%	30%	50%	80%	73 (100%)
RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée	Proportion d'agents techniques de CSCom ayant reçu la formation sur les outils de planification	1134	50%	60%	70%	80%	1412(90%)
RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.		NA					
RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.		NA					
RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.		NA					
RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.	Existence d'un cadre de partenariat public-privé fonctionnel	0	0	1	1	1	1

Composante 2. Développement Social

NA : non applicable (RS n'est pas concerné par la composante)

Tableau 30. Indicateur par RS. Composante 2

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	
RS-1.1. Le paquet de Soins Prénataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.	Nombre de femmes/aire de santé ayant utilisé les services de soins prénataux, obstétricaux ou néonataux
RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.	Nombre d'aire de santé développant des initiatives alternatives à la référence/évacuation
RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.	Nombre de d'interventions de communication mise en œuvre dans le cadre de la PF
RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées	NA
RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.	Nombre de leaders/décideurs informés
RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace	Nombre de mères et parents soignants informés sur les mesures à prendre pour améliorer l'état de leurs enfants
RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace	Proportion de la population consommant le sel iodé
RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel	NA
RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.	NA
RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.	NA

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
OS 2: Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	
RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali	NA
RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.	Nombre d'activités de communication exécutés en milieu jeune
RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	NA
RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.	NA
RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.	NA
OS 3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles	
RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace	NA
RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience	NA
OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé	
RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.	NA
RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.	NA
RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.	NA

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées	Nombre de comités d'hygiène fonctionnel
OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique	
RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.	Disponibilité d'un plan ORSEC déconcentré et décentralisé fonctionnel
OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	
RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées	NA
RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée	Nombre de nouveaux promoteurs de CSCom ayant été sensibilisé sur la prise en compte de l'approche communautaire
RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée	Nombre d'études réalisées
RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.	NA
RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.	NA
RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.	NA
RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.	NA

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.	NA
RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.	nombre de structures par niveau dotés des infrastructures et équipements requis par les normes
RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.	NA
RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenu sont renforcées.	NA
RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate	Nombre d'associations de traditherapeutes répertorié
OS 7 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins	
RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	NA
RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.	NA
RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.	NA
RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.	NA
RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.	NA

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.	NA
RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.	NA
RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	NA
RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	NA
RS-7.10. L'usage rationnel des médicaments est assuré	NA
OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable	
RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.	Taux de satisfaction qualitative et quantitative des besoins en RH par niveau
RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.	Nombre de personne par niveau ayant bénéficié d'une formation qualifiante ou diplomant
RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.	Disponibilité d'un plan de développement et de motivation des RH
OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces	
RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.	NA

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.	NA
RS-9.3. L'aide sociale est renforcée	Nombre de personnes démunies ou défavorisées ayant bénéficié d'une prise en charge quelconque
RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.	Pourcentage de la population couverte par les différents dispositifs de protection sociale
RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.	Nombre d'OES fonctionnel par type (mutuelles, sociétés coopératives...)
OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire	
RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.	Degré de fonctionnalité du SISO
RS-10.2 Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données	Nombre de structures formées sur la collecte et le traitement des données
RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.	Nombre de personnes formées en recherche
OS 11 : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	NA
RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.	Fonctionnalité d'un cadre innovant intégré au statut, à l'organisation et aux effectifs des structures à tous les niveaux

Objectifs Stratégiques et Résultats Stratégiques (OS et RS)	Indicateurs
RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l’ancrage solide de l’approche basée sur les résultats est promue	NA
RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés	Fonctionnalité d'un cadre de collaboration multisectoriel et multi acteur à tous les niveaux
RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée	Nombre de CSCom bien gouvernés
RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.	Nombre de structures déconcentrés/décentralisées créées/fonctionnelles
RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.	NA
RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.	NA
RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.	Existence d'une politique nationale de contractualisation

Composante 3. Femmes, famille, enfants

NA : non applicable (RS n'est pas concerné par la composante)

Tableau 31: Indicateurs par RS. Composante 3

OS et RS	Indicateurs
OS 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	
RS-1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.	Taux de femmes (15-49 ans) informées et sensibilisées sur les <i>SP et les SONE</i>
RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.	NA
RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.	Proportion d'adolescents (14-18 ans) sensibilisées sur la PF
RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées	Nombre de conventions d'abandon signées
RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.	Nombre de femmes (15-49 ans) dont les enfants 0- 59 mois malnutris ayant bénéficié de séances d'IEC sur la malnutrition.
RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace	Taux de groupements féminins engagés dans la transformation des produits locaux en micronutriments
RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace	NA
RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel	NA
RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.	NA
RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.	NA
OS 2: Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	
RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali	Nombre de femmes (15-49 ans) ayant bénéficié de séances d'IEC sur le paludisme
RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.	Taux de jeunes adolescentes ayant adopté un comportement préventif
RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	NA

OS et RS	'Indicateurs
RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.	NA
RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.	NA
OS 3 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles	
RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace	NA
RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience	NA
OS 4 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé	
RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.	NA
RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.	NA
RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.	NA
RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées	NA
OS 5 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique	
RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.	NA
OS 6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	
RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées	NA
RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée	NA
RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée	NA

OS et RS	'Indicateurs
RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.	NA
RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.	NA
RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.	NA
RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.	NA
RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.	NA
RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.	Taux de fonctionnalité des services locaux
RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.	NA
RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées.	NA
RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate	NA
OS 7 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins	
RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	NA
RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.	NA
RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.	NA
RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.	NA

OS et RS	'Indicateurs
RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.	NA
RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.	NA
RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.	NA
RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	NA
RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	NA
RS-7.10. L'usage rationnel des médicaments est assuré	NA
OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable	
RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.	NA
RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.	NA
RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.	NA
OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces	
RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.	Proportion de budgets du secteur de la santé sensible au genre
RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.	NA
RS-9.3. L'aide sociale est renforcée	NA
RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.	NA
RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.	NA

OS et RS	'Indicateurs
OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire	
RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.	Nombre de missions de suivi effectuées
RS-10.2 Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données	Proportion de rapports trimestriels produits
RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.	NA
OS 11 : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	
RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.	NA
RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et sociale assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue	NA
RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés	NA
RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée	NA
RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.	NA

OS et RS	'Indicateurs
RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.	Proportion de femmes dans les comités de gestion des ASACO
RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.	NA
RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.	NA

Annexe 15. Bibliographie, par Composante PRODESS-III.

Sous-Composante Financement de la Santé; Général:

- 2006 - Ministère de la Santé : Comptes Nationaux de Santé
- 2006 - Sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le Financement de la Santé en Afrique ABUJA
- 2009- Ministère de la Santé : L'approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali
- 2010 - Ministère chargé de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille : Politique Nationale genre du Mali
- 2010- Enquête par grappe à indicateurs multiples et de dépenses des ménages
- 2010- Ministère de la Santé-Direction des Finances et du Matériel: Synthèse du bilan 2009 et de la programmation 2011
- 2011 - Banque Mondiale : La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali Volume 1
- 2011 - Ministère du Développement Social, de la République du Mali, Solidarité et des Personnes Agées : Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali
- 2011- Ministère de la Santé- Secrétariat permanent du PRODESS : Synthèse des assises du comité technique du PRODESS
- 2011 - Ministère de la Santé- Cellule de Planification et de Statistiques : Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et social
- 2011 - 2013- OMS : Statistiques Sanitaires Mondiales
- 2011 – Gouvernement du Mali : Cadre Stratégique pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2012-2017
- 2012- Secrétariat permanent du PRODESS-Cellule de Planification et de Statistiques: Synthèse des rapports d'activités du programme opérationnel 2011 et programmation 2013 du PRODESS
- 2013- Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées : Caisse Nationale d'Assurance maladie, Plan de relance 2013-2015
- 2013 - Mission d'appui à la Présidence malienne; Pierre Calame, Karine Goasmat mission soutenue par l'Union Européenne : Le Mali, de la crise à la refondation, Stratégie de sortie de crise et propositions de refondation, Etat des propositions au 8 juillet 2013
- 2013 - Conférence internationale « Ensemble pour le Renouveau du Mali » : Plan pour la Relance Durable du Mali 2013-2014
- 2013 - Cabinet du premier Ministre/ Primature : Programme d'Action du Gouvernement 2013-2018
- 2013- Ministère chargé de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille : Politique Nationale de promotion et de protection de l'enfant du mali/ Plan d'action 2014/2018
- 2013 - Ministère de la Santé : Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

Composante 1 : Santé (y compris Médicaments) et Hygiène Publique

- 2003- Ministère de la Santé,, Programme d'Appui au Secteur Santé – 8ème FED, Evaluation du schéma directeur du système national d'informations sanitaires et sociales du Mali.
- 2003- Ministère des Affaires Etrangères et des Maliens de l'Extérieur, 8ème FED, Evaluation du Schéma Directeur du Système National d'Informations Sanitaires et Sociales du Mali (SD- SNISS -1998/2002)
- 2005- Ministère de la Santé, Cadre Conceptuel de l'Organisation du Système de Référence/Evacuation au Mali.
- 2008- DNS/DHSP, Evaluation du Programme d'Education à l'Hygiène en milieu scolaire.
- 2010- DNS/DHPS, Plan Stratégique de Promotion des Pratiques d'Hygiène à Grands Impacts, 2011-2015.
- 2011- Ministère de la santé, Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines en Santé
- 2011- CPS, Evaluation du Plan de Développement Sanitaire, Mali.
- 2011- Ministère de la Santé, Direction des Ressources Humaines secteur santé, développement social, Profil de ressources humaines en santé du Mali,
- 2011- Ministère de la Santé, Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II)
- 2011- Ministère de la santé, Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines en Santé
- 2011- Mise à jour : Profil des Ressources Humaines en Santé du Mali.
- 2012- CPS, Annuaire Statistique du Système D'Information Hospitalier, Mali.2012,
- 2013- Cabinet du Premier Ministre, Programme d'Actions du Gouvernement (PAG);
- 2013- Groupe d'appui à l'hygiène publique, à la salubrité et à la santé environnementale, Etat des lieux de la Santé & Environnement et promotion des pratiques essentielles d'hygiène.
- 2013- Ministère de la Santé, Document PDDSS 2014-2023;
- 2013- Ministère de la Santé, Rapport d'analyse de situation, Plan Stratégique 2004-2012, Mali

2013- MSHP, Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2013-2017
2013- TIP/AFRO 2013, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la région africaine 2012_2025,

Composante 2 : Développement Sociale

2008- Direction de la Pharmacie et du Médicament, Cartographie et Evaluation approfondie d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Mali
2011- Cellule de planification et de statistique du secteur santé, développement social, promotion de la famille : Evaluation du Plan de développement sanitaire et social
2011- Pharmacie Populaire du Mali, Contrat-plan 6 Etat/Pharmacie Populaire du Mali 2011-2013
2012- MSHP, MSAHRN, MFEF, Plan de développement sanitaire et social 2014 – 2023
2012- Direction de la Pharmacie et du Médicament, Plan d'actions 2012 – 2016 de la Politique Pharmaceutique Nationale
2012- Projet de Politique Nationale de l'Action Humanitaire au Mali (PNAH), MDSSPA;
2013- Direction de la Pharmacie et du Médicament, Plan Intérimaire DPM 2014-2018
2013- Direction de la Pharmacie et du Médicament, Rapport d'évaluation du système de gestion logistique en 2012
2013- Plan pour la Relance Durable du Mali 2013-2014, Version Finale
2013-Conférence Internationale « Ensemble pour le Renouveau du Mali » Bruxelles
2013- Plan d'Actions Prioritaires pour le Nord Mali

Composante 3 : Femmes, Famille, Enfants

2007- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Politique Nationale pour l'Abandon de la Pratique de l'Excision au Mali 2008-2012. [report] Bamako: pp. 1-20.
2009- Institut National des Statistiques. 2009. Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali: Etat et Structure de la Population. [report].
2009- Save the Children et Population Council. Lutte Contre la Pratique de l'Excision au Mali - De l'Approche Santé à l'Approche basées sur les Droits de l'Enfant - Rapport d'Evaluation du Programme du Centre de Djoliba. [report].
- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. n.p. Plan d'Action sur la Lutte contre le Mariage Précoce. [report] Bamako.
- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. n.p. Plan d'Action sur la Lutte contre l'Excision. [report] Bamako: pp. 1-19.
- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. n.p. La Vision de la Politique Nationale de la Promotion et Protection de l'Enfant 2014-2017. [report] Bamako: pp. 1-10.
2010-EDSM-V Mali. [report].
2010- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Politique Nationale Genre du Mali. [report] Bamako: pp. 1-92.
2011- Groupe de la Banque Africaine de Développement. Profil Genre Pays du Mali. [report].
2012-?. Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. n.p. Perspectives d'Activités pour 2013 de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille. [report] Bamako.
2012- Organisation Mondiale de la Santé. La grossesse chez les adolescentes. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/> [Accessed: 19 Jan 2014].
2012- Barry, A. Rapport d'activités 2011 et Programme d'Actions 2013 de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille. [report] Bamako: pp. 1-27.
2013- Cellule de Planification et de Statistique. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012-2013. [report].
2013- Santé Sud. Renforcement des Capacités des Institutions d'Accueil, de Placement, et de Prise en Charge des Enfants au Mali. [report] Badalabougou: pp. 1-10.
2013- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Feuille de Route de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille pour l'année 2013. [report] Bamako: pp. 1-18.
2013- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Plan d'action 2014- 2015 de la Direction Nationale de la Promotion de la Femme. [report] Bamako: pp. 1-29.
2013- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Plan Stratégique pour la Promotion de la Famille. [report] Bamako: pp. 1-6.
2013- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Politique Nationale de Protection et de Promotion

de l'Enfant du Mali. [rapport] Bamako: pp. 1-18.

2013- Ministère de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. Rapport d'Activités 2012 et Programme d'Actions 2014 de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille. [report] Bamako: pp. 1-27.

2014, Secrétariat Permanent du PRODESS Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2014-2023, Version 7. [report] Bamako.

2014- UNFPA. UNFPA -Mali. [online] Available at: <http://www.unfpa-mali.org> [Accessed: 14 Jan 2014].

2014,-UNICEF. Information by Country: Mali. [online] Available at: <http://www.unicef.org/infobycountry/mali.html> [Accessed: 14 Feb 2014].

Ministère de la Santé. 2013. Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition. [report] Bamako: pp. 1-95.

2014- ONU Femme. Mali: Aider les rescapées de viols à s'exprimer. [online] Available at:

<http://www.unwomen.org/fr/news/stories/2013/1/helping-rape-survivors-in-mali-to-speak-up> [Accessed: 14 février 2014].