

**+MINISTERE DE LA SANTE**  
\*\*\*\*\*  
**SECRETARIAT GENERAL**

**REPUBLIQUE DU MALI**  
\*\*\*\*\*  
*Un Peuple Un But Une Foi*



# **PRODESS II PROLONGE 2009 2011**

## **COMPOSANTE SANTE**



Mars 2009

## TABLES DES MATIERES

1. RESUME .....	6
2. INTRODUCTION .....	8
3. ANALYSE DE SITUATION.....	11
3.1 ETAT DE SANTE.....	11
3.1.1 ETAT NUTRITIONNEL .....	11
3.1.2 AUTRES DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE .....	12
3.2 SANTE ET PAUVRETE .....	12
3.3 ASPECT GENRE .....	13
3.4 ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE DES DISTRICTS SANITAIRES .....	13
3.4.1 LES CONSTRUCTIONS NOUVELLES / REHABILITATION DE CSCOM .....	13
3.4.2 L'UTILISATION DES SERVICES .....	14
3.4.3 LES SERVICES DE REFERENCE .....	14
3.5 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES .....	15
3.6 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAUX .....	16
3.6.1 LA DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DU MEDICAMENT (DPM) .....	16
3.6.2 LE LABORATOIRE NATIONAL DE LA SANTE (LNS) .....	16
3.6.3 LA PHARMACIE POPULAIRE DU MALI (PPM) .....	17
3.6.4 L'USINE MALIENNE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES (UMPP) .....	17
3.7 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE.....	17
3.7.1 LA QUALITE DES SOINS OFFERTS .....	17
3.7.2 LA LUTTE CONTRE LA MALADIE .....	18
3.7.3 FACTEURS D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES .....	22
3.8 ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET A LA PARTICIPATION .....	23
3.9 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE.....	24
3.9.1 LES EPH .....	24
3.9.2 LES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE .....	24
3.10 LE RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION .....	24
3.10.1 LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES .....	24
3.10.2 LE RENFORCEMENT DES CAPACITES .....	25
3.10.3 LA DECENTRALISATION TERRITORIALE .....	26
3.11 ANALYSE DU FINANCEMENT .....	26
3.11.1 LA COORDINATION DE L'AIDE INTERNATIONALE .....	26
3.11.2 SITUATION D'EXECUTION .....	27
4. ORIENTATIONS ET DOMAINES PRIORITAIRES .....	29
4.1 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE SANTE .....	29
4.2 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA .....	30
4.3 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE .....	30
4.4 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS, INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENT BIOMEDICAL.....	31
4.5 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE.....	31
4.6 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE PARTENARIAT .....	31
4.7 LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE COOPERATION INTERNATIONALE.....	31
5. LES VOLETS DE LA COMPOSANTE SANTE DU PRODESS II.....	32

VOLET 1 : ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE DES DISTRICTS SANITAIRES	
33	
VOLET 2 : AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES .....	35
VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAUX .....	38
VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE .....	40
VOLET 5 : ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET A LA PARTICIPATION .....	48
VOLET 6 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE .....	50
LES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS (EPH)	50
LES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE	51
VOLET 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION .....	53
6. CADRAGE BUDGETAIRE ET MACRO-ECONOMIQUE .....	64
7. PLANIFICATION, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PRODESS .....	66
7.1 LA GESTION DE L'APPROCHE SECTORIELLE .....	66
7.2 LE CADRE GENERAL .....	66
7.3 LES ACTEURS .....	68
7.4 LES ORGANES D'ORIENTATION, DE COORDINATION ET D'EVALUATION .....	69
7.5 LES INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS .....	70
8. LIENS ET SYNERGIE AVEC AUTRES PROGRAMMES ET INITIATIVES .....	72
8.1 LA SYNERGIE AVEC LA COMPOSANTE DEVELOPPEMENT SOCIAL.....	72
8.2 LA SYNERGIE AVEC LA DECENTRALISATION .....	72
8.3 LA SYNERGIE AVEC LE CSLP .....	73
8.4 LA SYNERGIE AVEC LE CDMT .....	74
8.5 LA SYNERGIE AVEC LE PROJET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (PDES) .....	75
9. COUT ESTIMATIF ET PLAN DE FINANCEMENT .....	76
10. CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES.....	78
10.1 LES CONDITIONS DE REUSSITE .....	78
10.2 LES RISQUES .....	79
11. PERSPECTIVES .....	80
ANNEXES .....	81
DANS LA LOGIQUE DU PROLONGEMENT DU PRODESS II, LA MATRICE DES INDICATEURS DE SUIVI A CONSERVE SA STRUCTURE INITIALE. CEPENDANT, QUELQUES CHANGEMENTS ONT ETE APPORTES POUR RETENIR UNE LISTE DE 113 INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS II PROLONGE. DANS LE CADRE DE L'HARMONISATION ET DE L'ALIGNEMENT, UNE LISTE DE 35 INDICATEURS « TRACEURS » EXTRAITS DE LA PREMIERE LISTE A ETE ELABOREE POUR SERVIR AU SUIVI DU CADRE COMMUN LORS DE LA REVUE COMMUNE DU PRODESS II PROLONGE.....	
	82
ANNEXE N° 1.....	83
TABLEAU I : MATRICE DES INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS II PROLONGE COMPOSANTE SANTE	83

## ACRONYMES

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

FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FSN	Fonds de Solidarité Nationale
GAR	Gestion Axée sur des Résultats
GP (SP, DS)	Groupe Pivot (Santé/ Population, Développement Social)
IMAAARV	Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétro- viraux
IML	Institut Médico-Légal
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA	Institut d'Ophthalmologie Tropicale pour l'Afrique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNS	Laboratoire National de la Santé
MARH	Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
MATCL	Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales
MDRHP	Mission de Développement des Ressources Humaines
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCCGE	Organisation de Coordination de la Lutte contre les Grandes Endémies
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
PCIME	Prise en charge Intégrée des maladies de l'Enfant
PdE	Projet d'Etablissement
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDI	Programme de Développement Intégré
PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PLNS	Programme National de Lutte contre le Sida
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNRS	Politique Nationale de Recherche en Santé
PO	Programme Opérationnel (annuel)
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTI	Programme Triennal d'Investissements
RBC	Réhabilitation à Base Communautaire
SDA/ME	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SLIS/SNIS	Système Local/National d'Informations Sanitaires
SMCU	Soins Médico-Chirurgicaux d'Urgence
SNLP	Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté
SOU (B/C)	Soins Obstétricaux d'Urgence (de Base / Complets)
SWAp	Sector Wide Approach (Approche Sectorielle)
UMIR	Unité Mobile d'Intervention Rapide
UMPP	Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne.

# 1. RESUME

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), 1998-2007, est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009.

Le CSLP II, dénommé « Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté » (CSCR), 2007-2011, adopté par le Gouvernement le 26 décembre 2006 doit être considéré comme la première tranche quinquennale d'opérationnalisation du Plan décennal (2006-2015) d'atteinte des OMD au Mali. S'appuyant sur les acquis et les leçons tirées de la réalisation du CSLP I, le CSCR a pour objectif global l'impulsion d'une croissance forte et soutenue (environ 7% par an) et la réduction significative de la pauvreté. Ses trois orientations stratégiques sont le développement du secteur productif, la poursuite et la consolidation des réformes structurelles, et le renforcement du secteur social.

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du Ministère de la Santé, élaboré en 2003 pour intégrer ces orientations, été révisé en 2005 pour prendre en compte les nouvelles préoccupations du secteur de la santé et le cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du Ministère de l'Economie et des Finances conformément aux prévisions du cadrage macro économique. Une nouvelle révision est en cours de préparation, qui prendra en compte la période de prolongation du PRODESS II et la mise en œuvre de la politique nationale de développement des ressources humaines, entre autres.

Le contexte est caractérisé par la mise du Projet de Développement Economique et Social (PDES), 2007-2012. Les orientations dans le domaine social visent, entre autres, l'amélioration de la santé reposant sur l'extension ainsi que la garantie de l'accessibilité et de la qualité des soins ; le développement de la télémédecine ; le développement de des ressources humaines qualifiées ; la mise à échelle des interventions à grand impact pour l'atteinte des OMD ; la problématique de la protection sociale.

D'autres priorités sont apparues, notamment le développement de la maintenance, la lutte contre le cancer, les maladies dites de génération, les maladies tropicales négligées,...

Des stratégies novatrices ont été initiées et mises en œuvre (gratuité de la césarienne, de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte,...), à l'effet d'accélérer l'atteinte des objectifs.

Dans un contexte de recherche d'efficacité de l'aide publique au développement, les faits marquants sont :

- l'option du Gouvernement du Mali, suite à la table ronde de Genève organisée en mars 2004, d'un passage progressif vers l'appui budgétaire afin que le soutien des PTF apporté au CSLP aille dans le sens des procédures nationales. Il en a résulté une harmonisation effective, à partir de 2006, du cycle de planification sectoriel avec le cycle de préparation de la loi des finances ;
- la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au Développement. Elle concerne l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) un mécanisme régional par lequel les partenaires collaborateurs conviennent de mettre l'accent sur la fourniture d'un soutien aux pays de la Région africaine en vue d'atteindre les OMD liés à la santé ;
- le Partenariat international pour la santé (IHP) dont le but est d'accélérer les progrès réalisés concernant les OMD liés à la santé. Il vise à mobiliser davantage de ressources pour mettre en place des systèmes de santé durables et améliorer les résultats dans le domaine de la santé dans les pays à bas et moyens revenus ;
- la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique qui vise l'amélioration de la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire par le renforcement des systèmes de santé sur la base de l'approche soins de santé primaires ; à travers

des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement pour la traduction des engagements en actions ; et l'accroissement des investissements dans les systèmes de santé nationaux avec un accent particulier sur la production des personnels de santé.

L'évaluation à mi- parcours du PRODESS II qui était prévue en 2007 n'a pu être réalisée à cause de nombreuses perturbations intervenues. Par ailleurs, étant entendu que le CSRP prend fin en 2011, le Comité de Pilotage du PRODESS dont sont membres entre autres, les PTF et la société civile, en sa session du 13 février 2008 a décidé de prolonger la période du PRODESS dans un souci d'harmonisation avec le cycle de planification du CSRP. Ceci a rendu non pertinente la réalisation de l'évaluation à mi-parcours du programme en 2008.

L'appréciation de la situation sanitaire, en l'absence d'évaluation à mi - parcours du PRODESS II, repose sur une analyse documentaire et des entretiens avec les différents acteurs. L'extension de la couverture sanitaire a augmenté avec une augmentation des indicateurs d'utilisation des services. Cependant, la situation sanitaire demeure caractérisée, en dépit des progrès réalisés, par une morbidité et une mortalité élevées surtout en ce qui concerne la mère et l'enfant. Selon les résultats de l'EDSM IV (2006), les taux sont les suivants : mortalité infantile : 96 pour 1000 naissances vivantes (EDSM IV) ; mortalité infanto-juvénile : 191‰ ; mortalité maternelle : 464 pour 100 000 naissances vivantes. La prévalence contraceptive reste faible (6,9%).

La malnutrition constitue toujours un problème de santé publique ; 27% d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale (EDSM IV). L'évaluation du CSLPI a montré qu'au Mali, le niveau de pauvreté est passé de 68,3% en 2001 (base revenu) à 59,2 % en 2005. L'objectif, pour la période 2001-2006, visant à ramener ce niveau à 47,5% en 2006 n'a donc pas été atteint. L'analyse dénote un décalage significatif entre le milieu rural (73,04%) et le milieu urbain (20,12%).

Les résultats de l'EDSM IV (2006), ont montré que le financement des dépenses de santé pour les pauvres et les personnes indigentes se pose dans un contexte d'équité.

Dans le domaine de la santé, les efforts seront centrés sur la poursuite de l'extension de la couverture sanitaire, notamment dans les zones pauvres ; l'amélioration de l'accès au PMA ; la mise en œuvre et/ou la mise à échelle de stratégies novatrices ; l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ; le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de soins obstétricaux et néonataux essentiels le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, le VIH/Sida et la tuberculose; le renforcement de la référence/évacuation.

Des actions seront entreprises pour améliorer la collecte des données et renforcer les activités de repositionnement de la planification familiale pour augmenter le niveau d'utilisation de la contraception et réduire le niveau des besoins non satisfaits.

Concernant la lutte contre la malnutrition, il s'agira de mettre en œuvre le plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (PSNAN) ; une attention sera accordée à la dissémination des normes et procédures en nutrition d'une façon, et sur celle du protocole National de prise en charge de la malnutrition aigüe.

En matière de lutte contre le VIH/Sida, les actions devront contribuer à la réduction de la transmission du VIH et de l'impact du SIDA au Mali. Elles devront intégrer, entre autres, le renforcement du plateau technique des laboratoires des hôpitaux au niveau des régions pour le suivi biologique des malades sous ARV ; l'élaboration de Normes et Procédures pour le suivi psychosocial des séropositives ; l'institution de la prise en charge globale y compris la bi ou tri thérapie dans les sites PTME.

## 2. INTRODUCTION

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009.

Une évaluation externe à mi-parcours du PDDSS (parfois indiquée comme évaluation finale du PRODESS I) a eu lieu en septembre 2002. C'est, entre autres, sur la base de cette évaluation qu'un travail diagnostique, avec le concours de quelques groupes thématiques, a permis de tirer les leçons du premier quinquennat. Ces groupes ont aussi fait l'inventaire des acquis et des mesures non réalisées entre 1998 et 2002. Plusieurs études et les résultats de l'enquête Démographique et de Santé Mali III ont permis de compléter l'image.

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

Etant donné que la plupart des indicateurs de l'état de santé n'ont pas été significativement améliorés pendant la période du PRODESS I, les résultats atteints dans le premier quinquennat du PDDSS doivent être considérés comme modestes.

Le Mali a souscrit à la « Déclaration du Millénaire » dont sont issus les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) représentant une plate-forme minimale d'objectifs qui doivent être atteints par tous les pays pour parvenir à « un monde meilleur pour tous » à l'échelle 2015. Ils sont au nombre de huit dont quatre concernent la santé et qui visent l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, l'amélioration de la santé maternelle et le combat contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Pour atteindre les OMD, le Gouvernement a adopté en 2002 le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui intègre, au plan national, les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro économique cohérent. L'évaluation du CSLP I (2002-2006) a montré que des progrès ont été réalisés en matière de santé et population portant, entre autres, sur l'extension de la couverture vaccinale DTCP3 des enfants de moins de 1 an (de 75% en 2002 à 91% en 2005) ; et la proportion de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé fonctionnel qui est passée de 44% en 2002 à 50% en 2005. Des contraintes ont été identifiées dans la mise en œuvre du PRODESS II, dont les retards dans l'opérationnalisation du décret relatif au transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales, l'insuffisance de personnels qualifiés et d'équipements dans les CSCOM ainsi que l'absence de cadre formel opérationnel de maintenance des équipements et des infrastructures. La quatrième Enquête Démographique et de Santé de 2006 conforte cette tendance à l'amélioration de des indicateurs de suivi du PRODESS II, mais qui restent à des niveaux préoccupants. La mise en œuvre du CSLP I a permis de réduire le niveau de pauvreté de 68,3% en 2001 (base revenu) à 59,2 % en 2005 ; l'objectif d'une réduction d'un quart de la pauvreté pendant la période 2001-2006 et visant à ramener ce niveau à 47,5% en 2006 n'a donc pas été atteint. L'analyse dénote un décalage significatif entre le milieu rural (73,04%) et le milieu urbain (20,12%).

Le CSLP II, dénommé « Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté » (CSCR), 2007-2011, adopté par le Gouvernement le 26 décembre 2006 doit être considéré comme la première tranche quinquennale d'opérationnalisation du Plan décennal (2006-2015) d'atteinte des OMD au Mali. S'appuyant sur les acquis et les leçons tirées de la réalisation du CSLP I, le CSCR a pour objectif global l'impulsion d'une croissance forte et soutenue (environ 7% par an) et la réduction significative de la pauvreté. Ses trois orientations stratégiques qui sont le développement du secteur productif, la poursuite et la consolidation des réformes structurelles, et le renforcement du secteur



social sont explicités dans treize domaines prioritaires dont le développement de l'accès aux services sociaux de base et la lutte contre le VIH/SIDA.

Pour prendre en compte ces orientations, le Ministère de la Santé a élaboré en 2003 le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) qui est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le CSLP. Il a été révisé en 2005 pour prendre en compte les nouvelles préoccupations du secteur de la santé afin de mettre à disposition du département un document consensuel de négociation et de programmation prenant en compte le cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du Ministère de l'Economie et des Finances conformément aux prévisions du cadrage macro économique. Une nouvelle révision est en cours de préparation, qui prendra en compte la période de prolongation du PRODESS II et la mise en œuvre de la politique nationale de développement des ressources humaines.

Le Programme de Développement Economique et Social (2007-2012), qui tire sa substance du processus du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, a retenu le renforcement du secteur social dans ses axes prioritaires. Les orientations visent l'amélioration de la santé reposant sur l'extension ainsi que la garantie de l'accessibilité et de la qualité des soins ; le développement de la télémédecine ; le développement de des ressources humaines qualifiées ; la mise à échelle des interventions à grand impact pour l'atteinte des OMD ; la problématique de la protection sociale en ce qui concerne plus spécifiquement le développement des mutuelles, la mise en place de nouveaux régimes tels que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Fonds d'Assistance Médicale (FAM) le Fonds des Risques et des Calamités Agricoles (FONARCA), la contractualisation entre l'Etat et les différents acteurs dont les collectivités territoriales, les ONG / associations, le secteur privé et de la promotion de la santé.

Au cours de la mise en œuvre du PRODESS II, d'autres priorités sont apparues, parmi lesquelles on peut citer le développement de la maintenance, la lutte contre le cancer, les maladies dites de génération, les maladies tropicales négligées,... Des stratégies novatrices ont été initiées et mises en œuvre (gratuité de la césarienne, de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte,...), à l'effet d'accélérer l'atteinte des objectifs.

Dans un contexte de recherche d'efficacité de l'aide publique au développement, le Gouvernement du Mali, suite à la table ronde de Genève organisée en mars 2004, a exprimé sa volonté d'un passage progressif vers l'appui budgétaire afin que le soutien des PTF apporté au CSLP aille dans le sens des procédures nationales. Cette option a permis d'établir une harmonisation effective à partir de 2006 du cycle de planification sectoriel avec le cycle de préparation de la loi des finances.

Au plan international, de nouvelles initiatives sont en cours et dont les objectifs visent à renforcer le développement sanitaire des pays en développement. Il s'agit, entre autres :

- de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au Développement. Elle concerne l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), un mécanisme régional par lequel les partenaires collaborateurs conviennent de mettre l'accent sur la fourniture d'un soutien aux pays de la Région africaine en vue d'atteindre les OMD liés à la santé ; et ce, à travers un travail d'analyse commun et d'appui à la planification et à la mise en œuvre d'une part, et un alignement sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires d'autre part ;
- du Partenariat international pour la santé (IHP) dont le but est d'accélérer les progrès réalisés concernant les OMD liés à la santé. Il vise à mobiliser davantage de ressources pour mettre en place des systèmes de santé durables et améliorer les résultats dans le domaine de la santé dans les pays à bas et moyens revenus.
- de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique qui vise l'amélioration de la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire par le renforcement des systèmes de santé sur la base de l'approche soins de santé primaires ; à travers des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement pour la traduction des engagements en actions ; et l'accroissement des investissements dans les systèmes de santé nationaux avec un accent particulier sur la production des personnels de santé.

L'évaluation à mi-parcours du PRODESS II qui était prévue en 2007 n'a pu être réalisée à cause de nombreuses perturbations intervenues. Par ailleurs, étant entendu que le CSRP prend fin en 2011, le Comité de Pilotage du PRODESS dont sont membres entre autres, les PTF et la société civile, en sa session du 13 février 2008 a décidé de prolonger la période du PRODESS dans un souci d'harmonisation avec le cycle de planification du CSCR. Ceci a rendu non pertinente la réalisation de l'évaluation à mi-parcours du programme en 2008.

## 3. ANALYSE DE SITUATION

Ce chapitre est en grande partie basé sur des analyses effectuées dans le cadre du PRODESS I, de l'élaboration du CSCR, du CDMT, de la quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM IV) de 2006, du Plan Décennal OMD, dans des rapports (Comité de Suivi, Missions conjointes, SLIS, évaluation de programmes et projets,...), dans des documents de politique de santé et d'entretiens avec différents acteurs.

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

Il apparaît clairement la nécessité d'atteindre une bien plus grande partie de la population, et particulièrement les franges les plus pauvres et vulnérables parmi elles. Les priorités du PRODESS II mettent l'emphase sur la population pauvre en visant (i) la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; et (ii) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et des carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles. Il s'agit (iii) d'améliorer la qualité et favoriser la fréquentation des structures existantes dans la zone 1 (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro), où les indicateurs de mortalité et de morbidité sont les plus élevés du pays ; (iv) de commencer par renforcer les activités des équipes mobiles dans la zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), où les populations ont nettement moins accès aux services essentiels ; et (v) de promouvoir des approches plus multisectorielles adaptées aux quartiers les plus pauvres, incluant notamment la lutte contre la malnutrition et la prévention active du VIH/SIDA dans la zone 3 (urbaine : Bamako).

### 3.1 Etat de santé

#### 3.1.1 Etat nutritionnel

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Mali. L'enquête PROFILES de 2004 a montré que 51% de la mortalité infanto juvénile est attribuable à la malnutrition.

En termes de tendance de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, on note que la malnutrition chronique ou retard de croissance a enregistré une augmentation importante entre 1987 et 2001. Par contre, les deux autres formes de malnutrition (émaciation et insuffisance pondérale) ont connu une hausse régulière entre 1987 et 1996 pour ensuite baisser sensiblement entre 1996 et 2001 comme l'indique le tableau ci-dessous.

Cependant, la prévalence de l'insuffisance pondérale en 2006 est quasi identique à celle observée lors de l'EDSM I en 2001.

**Tableau I** : Evolution des indicateurs de malnutrition des enfants de moins de 5 ans entre 1987 et 2006:

Sources des données	Années de référence	Retard de croissance (taille pour âge en %)	Emaciation (poids pour taille en %)	Insuffisance pondérale (poids pour âge en %)
EDSM-I	1987	24,4	11,0	31,0
EBC	1989	27,1	17,7	42,9
EDSM-II	1996	32,8	24,5	43,3
EDSM-III	2001	38,0	11,0	33,0
EMEP	2001	48,0	18,0	38,0
EDSM-IV	2006	33,9	13,3	31,7
Sources : DNSI/CPS - Santé : Résultats des enquêtes EDS-M, EBC et EMEP				

Le faible taux d'allaitement exclusif qui est de 38% (EDSM IV) durant les six premiers mois de la vie représente un facteur de risque important de morbidité et de mortalité qu'une alimentation complémentaire inadaptée ne fait qu'aggraver. Le nombre croissant d'enfants nés de mère séropositive est également un motif réel de préoccupation.

Cependant, quelques progrès ont été enregistrés. Selon l'EDSM IV, 91% des ménages disposent de sel iodé ; 72% des enfants de 6 à 59 mois ont reçu des suppléments de Vit A contre 41% chez les femmes ayant accouché.

Pour faire face à la préoccupation que constitue la malnutrition aigue, le Département en rapport avec les partenaires, a décidé une prise en charge gratuite qui est en cours de mise en œuvre dans les structures de santé. Des sessions de formation du personnel ont été organisées dans certaines structures.

### 3.1.2 Autres déterminants de l'état de santé

En matière d'éducation, l'analyse de certains indicateurs d'accès montre que des progrès ont été réalisés. En effet, l'évolution du Taux brut de scolarisation (TBS) dans le primaire permet de constater que grâce à la mise en place des infrastructures scolaires et au recrutement d'enseignants, un nombre croissant d'enfants accède au primaire et que, graduellement l'écart entre garçons et filles se résorbe. Ainsi, le TBS dans le primaire est passé de 65,8% en 2002 à 74,4% en 2006 ; dans le même temps, le TBS des garçons dans le primaire a atteint 79,0% ; celui des filles est passé à 69,5% en 2006. Toutefois, la scolarisation des filles reste encore freinée par de multiples pesanteurs socioéconomiques. Concernant le taux d'alphabétisation des adultes, son niveau est encore faible mais en constante amélioration. Il était estimé à environ à 26,2% en 2006 dont 18,2% pour les femmes et 34,9% pour les hommes (source : ELIM 2006).

Les interventions dans le domaine de l'eau ont contribué à améliorer les conditions de desserte en eau potable. Le taux d'accès à l'eau potable est passé de 57% en 2002 à 66,1% en 2005. Les problèmes majeurs rencontrés sont d'ordre financier.

Sur le plan démographique, on note une croissance rapide avec un taux d'accroissement net de la population d'environ 2,4%, avec comme conséquence l'importance prise par la population jeune (46 % ont moins de 15 ans).

## 3.2 Santé et pauvreté

L'évaluation du CSLPI a montré, qu'au Mali, le niveau de pauvreté est passé de 68,3% en 2001 (base revenu) à 59,2 % en 2005 sur la base d'un seuil de pauvreté actualisé de FCFA 153.310. L'objectif d'une réduction d'un quart de la pauvreté pendant la période 2001-2006 et visant à ramener ce niveau à 47,5% en 2006 n'a donc pas été atteint. L'analyse dénote un décalage significatif entre le milieu rural (73,04%) et le milieu urbain (20,12%). En outre, la pauvreté en milieu urbain s'est atténuée puisque

l'incidence de la pauvreté pour ce milieu est passée de 26,2% en 2001 à 20,12% en 2006, soit une baisse de plus de 6 points. En revanche en milieu rural, l'incidence de la pauvreté est restée stable évoluant de 73,8% en 2001 à 73,04% en 2005. Les analyses précédentes révèlent donc qu'au Mali la pauvreté est essentiellement un phénomène rural.

En conclusion, il faut noter que le faible niveau de réduction de la pauvreté au cours du CSLP s'explique, d'une part, par l'insuffisance du taux de croissance de l'économie malienne et, d'autre part, par la répartition inégale des fruits de la croissance, le faible accès aux services de base et la faible maîtrise de la croissance démographique.

Des résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (2006), il ressort que le financement des dépenses de santé pour les pauvres et les personnes indigentes se pose dans un contexte d'équité. Ainsi, en milieu rural, dans 22% des cas, la vente de biens ou actifs a permis de payer les dépenses de santé, contre 6% en milieu urbain. Cette proportion est d'environ 25% à Sikasso et Ségou qui font partie de la zone de pauvreté n°1 ; à Tombouctou (zone n°2), ce sont 27% des ménages qui ont eu recours à l'épargne pour faire face aux dépenses de santé. Quant au recours des ménages aux soins dans les formations sanitaires, il n'est que de 45% au niveau national ; 54% en milieu urbain et 42% en milieu rural.

### 3.3 Aspect genre

Des avancées significatives ont été enregistrées en matière d'égalité des sexes et de promotion des femmes, même si celles-ci demeurent encore en deçà des attentes.

Dans le domaine de l'éducation, la scolarisation des filles reste encore freinée par des pesanteurs sociales. Cependant, de 1990 à 2006 le taux brut de scolarité des filles a évolué que celui des garçons, passant de 18,9% à 69,5% contre 33,2% à 79% chez les garçons. Quant au rapport filles - garçons dans l'enseignement primaire, il a évolué de 62 filles pour 100 garçons en 1994 à environ 79 filles pour 100 garçons en 2005. En matière d'alphabétisation des adultes, les taux en 2006 étaient de 18,2% chez les femmes contre 34,9% chez les hommes.

Dans le domaine politique, au niveau de l'Assemblée nationale, la représentation des femmes qui était de 2% des élus en 1990 sous la 2ème République, est passée de 3% lors de la 1ère législature de la 3ème République en 1992, à 10% lors de la quatrième législature en 2007, après avoir atteint 12% en 1998. Dans les autres Institutions de la République, la proportion est passée de 5% environ en 1990 (sous la 2ème République) contre 18,5% en 2007 (3ème République) au niveau du Gouvernement ; de 8% en 2003 à 8% en 2006 au Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT) ; et de 6% en 1992 contre 12% en 2006 au Conseil Economique, Social et Culturel (CESC).

Dans l'optique de l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (OMD), les interventions retenues portent sur la sensibilisation sur la prise de conscience des problèmes de santé de la reproduction (mutilation génitale, VIH/SIDA) ; l'aide à l'insertion des filles dans le marché du travail ; l'appui à la participation des femmes à la vie politique ; l'éradication de la violence contre les femmes ; le renforcement de la gestion et du pilotage du MPFEF ; l'appui aux femmes opératrices économiques ; et le soutien au programme de l'entrepreneuriat des femmes.

### 3.4 Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires

#### 3.4.1 Les constructions nouvelles / Réhabilitation de CSCOM

Les données de l'Annuaire statistique montrent qu'en fin 2007 on dénombre un total de 826 CSCOM fonctionnels, soit un taux de réalisation de 77% des prévisions des PDSC agrégés (1070 CSCOM). L'augmentation, depuis la fin du PRODESS I, est de 166 CSCOM dont 39 réalisés au cours de l'année de transition (2004).

En réalité, la carte sanitaire révisée comporte 1128 aires de santé à pourvoir en CSCOM ; le taux de couverture réel est d'environ 73%. Le nombre d'aires non pourvues en CSCOM est de 302, dont 96 à Kayes, 45 à Koulikoro, 29 à Ségou, 25 à Sikasso, 30 à Mopti, 42 à Tombouctou, 22 à Gao 22, et 8 à Kidal. L'analyse au niveau des zones de pauvreté montre que l'accent a été mis sur la zone 1 avec 526 CSCOM réalisés sur 655 prévus (80%); la réalisation est de 248 CSCOM sur 534 (46%) dans zone 2 ; et 52 sur 56 (93%) dans la zone 3. Il faudra construire 129 CSCOM dans la zone 1, 168 CSCOM dans la zone 2 et 5 CSCOM dans la zone 3.

Pendant la même période, l'accessibilité au PMA dans un rayon de 5 km est passée de 46% à 58%, et de 69% à 86% dans un rayon de 15 km. Elle est en moyenne de 51% et 88% dans la zone 1; 47% et 66% dans la zone 2 ; en zone 3, elle dépasse 100% à 5km et à 15 km. Cet indicateur a progressé dans les zones 2 et 3, avec cependant des disparités internes. Comparativement à fin 2003, on enregistre dans la région de Kayes respectivement 48% et 71% contre 34% et 56%; Tombouctou : 40% et 57% contre 21% et 28%; Kidal 37% et 41% contre 24% et 32% ; Koulikoro : 45% et 87% contre 26% et 54%.

### 3.4.2 L'utilisation des services

Les indicateurs de soins préventifs ont positivement évolué entre la fin de 2003 et 2007, excepté le taux d'achèvement du DTCP qui est passé de 79% à 69% ; ce taux est quasi identique à celui donné par l'EDSM IV de 2006 (68%). Les taux d'achèvement (DTCP) sont supérieurs à 90% sauf à Mopti (89%), Tombouctou (75%) et Kidal (32%). De 2005 à 2007, ce taux a soit progressé, soit est resté dans la même fourchette sauf à Kidal où il est passé de 63% à 32%. Les autres indicateurs ont évolué comme suit : le VAR de 72% à 89% ; la CPN de 56% à 78 % (70% à l'EDSM IV) ; les accouchements assistés de 42% à 59% (49% à l'EDSM IV). La couverture en VAT est de 62% en 2007. Elle est plus faible en zone 2 (40%) qu'en zone 1 (64%) et 3 (72%).

Pour les consultations curatives, la situation a évolué de 0,23 nouveaux contacts par habitant en fin 2003 à 0,29 en 2007 ; le chiffre le plus bas est observé à Mopti (0,16) et le plus élevé à Bamako (0,38).

### 3.4.3 Les services de référence

Les prévisions du PRODESS II portent sur la création de six districts sanitaires et le renforcement de 16 CSREF en termes de travaux de génie civil et d'équipements.

- Le district sanitaire de Kignan est en cours de réalisation ; concernant Niéna, Séféto, et Sagabari, les études architecturales seront faites en 2008 et les travaux de construction en 2009 ; à Oussoubidiagna, où les travaux ont été interrompus par résiliation du contrat du fait de défaillance de l'entreprise, le dossier est relancé pour la réalisation des travaux en 2008 ;
- Pour ce qui est du district de Boutinguisse, les études architecturales seront réalisées en 2008 et les travaux de construction en 2009.
- Les travaux ont été entièrement réalisés à Kati, Gao, Goundam, Tin Essako, Kidal, Abeibara ; Bafoulabé, Kéniéba et Fana ; ils sont en cours de réalisation à Koutiala et Kolondiéba ; les études architecturales sont prévues pour 2008 et la réalisation des travaux en 2009 pour Ouelessébougou et Markala (études complémentaires) ; la construction de ceux de Yanfolila et de Youwarou est prévue respectivement en 2008 et 2009 ; pour Tessalit, les études architecturales sont prévues pour 2009 et la réalisation des travaux pour 2010.

En 2007, la proportion de districts sanitaires organisant la référence/évacuation est de 86% (51 sur 59).

Dans les progrès réalisés, on note l'effectivité de la prise en charge gratuite des cas de césarienne avec disponibilité du kit révisé et d'équipes chirurgicales, introduction du kit pour les césariennes compliquées, disponibilité d'un guide; l'existence d'une ligne sur le budget d'Etat pour la gratuité de la césarienne et engagement de certains partenaires et Collectivités territoriales à soutenir le système de référence/évacuation; la disponibilité d'ambulances et de moyens de communication (RAC, téléphone) au niveau de la plupart des CSREF et EPH ; la révision et la finalisation des cadres

conceptuels de la référence évacuation dans certains CSREF et en cours dans d'autres (tenant compte de la gratuité de la césarienne).

Les difficultés portent sur la lenteur du remboursement des Kits utilisés, l'insuffisance de documentation relative à la gestion de la référence évacuation, l'absence d'un système organisé de transport entre les villages et les CSCOM et d'un cadre conceptuel entre les CSREF et les EPH par rapport à la référence/évacuation.

### 3.5 Développement des ressources humaines

La pénurie de Ressources Humaines en Santé compétentes et motivées est désormais reconnue comme la principale contrainte du système de santé au Mali, au-delà du manque d'infrastructures, d'équipements et/ou de moyens financiers.

En fin 2006, la situation du personnel, présentée lors de la réunion trimestrielle d'évaluation de la gestion des ressources du PRODESS, se caractérise par un ratio d'un médecin pour 10.370 habitants (norme OMS : 1/10.000), une sage-femme pour 23.928 habitants (norme OMS : 1/5000) et un infirmier/assistant médical pour 4190 habitants (norme OMS : 1/5000). Mais ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités régionales ; selon les données du SIS (2007) on relève un médecin pour 25.664 habitants à Mopti contre 1/10.588 (hors privés) à Bamako, une sage-femme pour 96.882 habitants à Kayes contre 1/5.636 à Bamako, un infirmier pour 12.767 habitants à Kayes contre 1/4751 (hors privés) à Bamako. Pour ce qui concerne le personnel des CSCOM, l'étude sur les coûts induits de 2006 a dénombré 147 médecins, 804 infirmiers (infirmiers d'Etat, du premier cycle et infirmières obstétriciennes), 130 sages femmes.

Les besoins en personnel infirmier pour la période 2005/2009 sont de 3050 agents. Selon les statistiques de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS), le nombre total de diplômés des écoles de formation aux professions de la santé publiques et privées, se chiffre, entre 2005 et 2007, à 3070 dont 797 techniciens supérieurs de santé (26%) et 2273 techniciens de santé (74%) ; la part du secteur public est respectivement de 470 (59%) et 165 (7%). Cette production de mi parcours dépasse les prévisions totales du PRODESS II. La performance pourrait s'expliquer, entre autres, par la multiplication des écoles du secteur privé dont le nombre s'élevait à 22 (district de Bamako et régions) à la mi 2006. Les recrutements pendant la période 2005-2006, non compris ceux opérés par d'autres sources (ONG, ASACO,...), ont porté sur 95 médecins (dont 19 spécialistes) et 644 infirmiers (TS, TSS, IO) ; les recrutements au profit des collectivités territoriales représentent 59% des médecins et 61% du personnel infirmier. En 2006 et 2007, il n'y a pas eu de recrutement sur les ressources PPTE, ce qui pourrait aggraver l'insuffisance de personnel dans les structures communautaires.

Les problèmes prioritaires se résument, entre autres, à : l'inadaptation du cadre institutionnel de gestion des ressources humaines ; l'insuffisance des ressources humaines ayant les qualifications requises ; la mauvaise répartition des professionnels de santé entre les différentes zones géographiques du pays, au détriment des zones pauvres et éloignées de la capitale ; la gestion inappropriée des responsabilités et des carrières ; l'insuffisance de motivation du personnel ; l'insuffisance de la qualité des formations du personnel.

A ces difficultés s'ajoutent les faiblesses du système de formation, notamment l'existence du guichet unique pour la création des écoles, en raison de la spécificité des formations en santé ; l'insuffisance du personnel d'encadrement et du personnel enseignant permanent ; l'insuffisance du cadre institutionnel, qui fait que l'INFSS exerce de fait des missions qui ne sont pas de son ressort, à savoir la régulation et l'accompagnement des écoles privées de formation aux professions de santé, qui pèsent par ailleurs sur ses activités pédagogiques ; l'organisation des concours de recrutement des étudiants ; et l'organisation des examens nationaux de certification. Ces missions dont l'exercice comporte des insuffisances, pèsent sur les activités pédagogiques de l'Institut ; l'insuffisance de suivi et d'évaluation des formations continues ; l'insuffisance et le sous équipement des bibliothèques et salles de travaux pratiques.

C'est dans ce contexte que le Département a élaboré une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, qui est en cours d'adoption. Outre les éléments de politique, l'accent est mis sur la planification des formations, le plan de carrière et la motivation.

D'autres initiatives ont été prises pour motiver et sécuriser la carrière des agents de santé travaillant pour les collectivités territoriales :

- outre la création de la fonction publique des collectivités territoriales, le Ministère de la Santé a élaboré, en 2007, deux projets de décret fixant le statut particulier des fonctionnaires des collectivités territoriales du cadre de la santé, ainsi que les conditions de travail du personnel sanitaire contractuel des collectivités territoriales ; cette disposition permet de leur offrir de meilleures conditions d'emploi, à l'image de celles qui ont été faites à ceux de l'Education nationale, et de parer à des situations conflictuelles dont les germes existent aujourd'hui ;
- l'adoption d'une convention collective des centres de santé communautaires en 2006, dont l'application se heurte à des difficultés de prise en charge financière de la différence entre les niveaux de salaire actuels des agents concernés et ceux de la grille annexée à ladite convention.

### 3.6 Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux

La disponibilité géographique des médicaments, vaccins et consommables s'est améliorée. En 2006, elle était de 83% pour les médicaments essentiels au niveau de la PPM ; et de 85% pour les ME du panier au niveau des établissements sanitaires publics et communautaires au niveau des régions.

Cependant le système comporte, d'une manière générale, des faiblesses dont la faible disponibilité de MTA retenus sur la liste nationale des médicaments essentiels ; la faible disponibilité de toute la gamme des produits contraceptifs dans les régions et les districts sanitaires ; l'existence de ruptures de test HIV dans certains districts sanitaires ; l'inexistence d'un système organisé au plan national et régional pour l'approvisionnement en réactifs ; l'insuffisance de chaînes de froid fonctionnelles dans certains CSCOM ; l'insuffisance de l'évaluation des besoins en médicaments (y compris les ARV) par le personnel des districts sanitaires ; la persistance du marché illicite de vente de médicaments ; la persistance des importations illicites de médicaments (environ 30% des besoins selon les estimations de la PPM).

Des difficultés existent au niveau au niveau de certaines structures d'animation de la gestion des médicaments, à savoir :

#### 3.6.1 La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)

La structure n'est pas dans des conditions optimales de travail, en raison de l'exiguïté des locaux (le nouveau local n'est pas construit), de l'absence de logistique roulante pour le ravitaillement et de manque de personnel spécialisé. Il n'existe aucune disposition réglementaire permettant à la DPM d'utiliser les recettes générées lors du processus d'enregistrement des produits pharmaceutiques en vue de conduire les différentes expertises nécessaires pour une meilleure garantie de la sécurité sanitaire des populations.

#### 3.6.2 Le Laboratoire National de la Santé (LNS)

En dépit des progrès réalisés, certaines faiblesses limitent les capacités d'intervention du Laboratoire National de la Santé, notamment l'absence de matériels techniques nécessaires au contrôle de qualité des vaccins et produits biologiques ; la non réalisation de l'animalerie ; la non réalisation de l'étude de faisabilité de la déconcentration du rôle de contrôle de LNS (compte tenu du contexte de la décentralisation) ; l'extension faite au niveau du laboratoire, mais ne permettant pas d'atteindre les normes internationales.



### 3.6.3 La Pharmacie Populaire du Mali (PPM)

La mise en œuvre du contrat plan (le quatrième se termine en septembre 2008) dans l'ensemble de ses dispositions a permis d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels. Cependant, la PPM est confrontée à des difficultés de mobilisation des fonds pour le financement de ses achats liés essentiellement aux retards de paiement du Trésor public pour honorer les engagements du contrat plan Etat-PPM constituent une contrainte majeure.

Dans le cadre du passage à échelle de la distribution des ARV, la livraison sur site par la PPM, outre les aspects logistiques, pose le problème de l'équilibre du SDAME. Les conclusions de la prochaine évaluation dudit schéma permettront de mieux cerner les contours de la question.

Les possibilités d'extension capacités de stockage sont limitées au niveau national et dans les régions de Tombouctou Gao et Kidal. La construction d'un magasin de stockage des produits respectant les normes doit être envisagée à ces niveaux. Elle est confrontée à une insuffisance de la logistique roulante pour assurer correctement les ravitaillements des régions et des districts sanitaires

### 3.6.4 L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP)

Les activités de l'UMPP n'ont pu être relancées afin d'améliorer sa contribution à la couverture des besoins nationaux en médicaments essentiels de base. La loi n°001 du 25/02/1999 qui a autorisé la privatisation de l'UMPP par l'ouverture du capital, n'a pas connu d'application effective ; l'usine a continué à fonctionner, sans partenaire stratégique, sans investissements nouveaux et avec des équipements obsolètes.

Cette situation compromet la participation de cette entreprise à la couverture des besoins en médicaments essentiels. La récente baisse du prix des médicaments essentiels a aggravé les difficultés de trésorerie, en raison de l'absence d'un système de compensation pérenne par le Ministère de la Santé ; à cela s'ajoutent les conséquences de la suppression de la chloroquine qui représentait 40% du chiffre d'affaires de l'entreprise.

## 3.7 Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie

### 3.7.1 La qualité des soins offerts

L'extension de la couverture sanitaire a connu une progression régulière au cours des cinq dernières années (2002-2006). Cette extension s'est accompagnée d'une augmentation de l'utilisation des services. Elle peut expliquer en partie l'amélioration du niveau des indicateurs relatifs au couple mère-enfant. Le taux de mortalité infantile est passé de 113 pour 1000 naissances vivantes (EDSM III) à 96 pour 1000 naissances vivantes (EDSM IV) ; celui de la mortalité infanto-juvénile de 229‰ (EDSM III) à 191‰ (EDSM IV). Le taux de mortalité maternelle est passé de 582 (EDSM III) à 464 pour 100 000 naissances vivantes (EDSM IV). Ces niveaux d'indicateurs, en tenant compte du rythme de progression, demeurent élevés par rapport à l'atteinte des OMD qui sont de 79 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infantile et de 144 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle à l'horizon 2015.

Des défis restent à relever pour accélérer la réduction de ces niveaux de mortalité. Il s'agit notamment la persistance de l'impact des deux premiers retards sur le système de référence évacuation (retard dans la prise de décision pour le recours aux soins au niveau ménage, retard dans le transport du village vers le premier niveau de référence ; l'insuffisance et mauvaise répartition du personnel qualifié, en particulier pour les sages femmes avec un ratio de 1 pour 23928 habitants et dont 68% de l'effectif total travaillent dans le District de Bamako ; la faible taux de couverture des femmes enceintes et des nouveaux nés en interventions essentielles intégrées de qualité (grossesse et paludisme, CPON, PF, soins essentiels au nouveau né, prise en charge du nouveau-né malade) ;

l'insuffisance dans la collecte des données et informations fiables (collecte, analyse, utilisation et documentation ; l'insuffisance des actions de promotion de la santé de la mère et du nouveau né au niveau communautaire et des ménages (pratiques néfastes, croyances ; la faible prévalence contraceptive ; l'insuffisance dans la coordination/suivi des actions de SMNI ; l'insuffisance de couverture des systèmes d'assurance maladie ; la faible utilisation des ressources mobilisées due aux procédures.

### 3.7.2 La lutte contre la maladie

#### **3.7.2.1 La nutrition**

Les interventions mises en œuvre ont permis l'édiction de test législatif et réglementaire en matière d'iodation de sels ; l'élaboration de directives nationales de supplémentation en vitamine A, en fer, d'iodation de sel, d'allaitement au sein maternel, de modules pour la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson ; de module pour la prise en charge de la malnutrition aigue ; l'introduction du paquet intégré de nutrition dans certaines aires de santé ; le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la prise en charge de la malnutrition ; l'existence d'unités fonctionnelles de récupération nutritionnelle dans les CSREF et certains EPH dans les régions. En dépit de ces efforts, la malnutrition demeure une préoccupation majeure.

Les difficultés relatives au leadership intra et inter sectoriel, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées ont constitué un gros handicap. Le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) vise, à travers ses huit composantes, à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations, à l'effet de réduire la mortalité. Il devra permettre de mobiliser davantage de ressources financières pour la prise en charge des cas sévères de malnutrition dans les établissements de santé ; et de donner plus de visibilité et de lisibilité aux interventions en matière de nutrition.

#### **3.7.2.2 La lutte contre les IST et le VIH/SIDA**

Le SIDA est devenu un important problème de développement et occupe de ce fait une place de choix dans toutes les politiques et stratégies nationales de développement mises en place ces dernières années. Ainsi l'Étude Prospective Nationale Mali 2025, la Stratégie Nationale de Lutte contre la pauvreté et le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ont retenu la lutte contre le VIH/SIDA comme un des axes stratégiques prioritaires de lutte contre la pauvreté.

Selon les résultats de l'EDSM IV, le taux de séroprévalence est de 1,3% au plan national contre 1,7% (EDSM III) dont 1,5% pour les femmes et 1% pour les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30-34 ans. Le milieu urbain est plus touché que le milieu rural avec une séroprévalence de 1,8% contre 1,2% chez les femmes ; et 1,3% contre 0,6% chez les hommes.

L'Enquête Intégrée sur la Prévalence des IST/VIH et les Comportements en matière d'IST (ISBS) réalisée en 2006 a montré que pour tous les groupes cibles (routiers, coxeurs, aides familiales, vendeuses ambulantes et professionnelles du sexe), les taux de refus de dépistage des IST à partir des urines ont diminué (8,9% contre 13,3% en 2003) ; avec un accroissement notable du taux d'acceptation du dépistage du VIH (9,9% contre 14,1% en 2003). Les taux de prévalence du VIH/Sida sont les suivants : routiers, 2,5% ; coxeurs : 2,2% ; aides familiales : 2,2% ; vendeuses ambulantes : 5,9% ; professionnelles du sexe : 35,3%. Par rapport à 2003, on observe une diminution chez les routiers et les coxeurs ; et une stabilité chez les aides familiales, les vendeuses ambulantes et les professionnelles du sexe.

Les résultats de la surveillance sentinelle en 2007 montrent un taux de prévalence du VIH de 2,8% (sur 19 sites) chez les femmes enceintes. Les taux observés étaient de 3,3% en 2002 (10 sites) ; 3,3% en 2003 (16 sites) ; 3,4% en 2005 (16 sites).

Les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA sont liés, outre l'engagement politique élevé, à plusieurs stratégies d'intervention dont la mise en place des Cellules Sectorielles de Lutte contre le SIDA (CSLS) du MS et du MDSSPA ; l'effectivité dans la plupart des régions de la PTME (plus de 46 sites fonctionnels), de la surveillance sentinelle, de la gratuité et disponibilité des ARV ; la promotion de l'approche contractuelle avec les ONG retenue dans le PRODESS II et leur implication dans la Communication pour le Changement de Comportement et la prise en charge des PVVIH ; la disponibilité des tests de dépistage du VIH dans toutes les régions ; l'opportunité du financement MAP pour rendre disponible le dépistage au niveau de certains CSREF et CSCOM.

La lutte contre le VIH/Sida demeure confrontée à des difficultés, notamment l'absence de plate forme de collaboration définie entre la CSLS/MS et les autres cellules sectorielles ; la non effectivité de la PTME et la non disponibilité des ARV dans certaines régions (Tombouctou et Kidal) ; le retard dans l'évaluation de l'ICONG et la diffusion des résultats de l'évaluation de l'IMAARV ; la non effectivité de la prise en charge gratuite des examens complémentaires et du traitement des infections opportunistes ; l'insuffisance de couverture géographique par les ONG en matière de prise en charge médicale des PVVIH dans les régions ; faible diffusion de l'information pour l'accès au financement MAP au niveau de certaines structures publiques ; l'absence de suivi psycho social structuré des séropositifs ; la disponibilité irrégulière de lait sur les sites PTME ; la non prise en charge des enfants après 9 mois et de la femme PVVIH après l'accouchement ; l'insuffisance du dépistage volontaire du VIH/SIDA dans certains CSREF ; l'insuffisance de programmes en direction des groupes à risque.

### **3.7.2.3 Les maladies à éradiquer**

#### 3.7.2.3.1 La dracunculose

Sa prévalence en 2001, était de 718 cas pour 120 villages endémiques ; mais des flambées ont été constatées, qui ont culminé à 594 cas dans 130 villages en 2005. La situation reste préoccupante dans les districts sanitaires de Gao, Ansongo et Mopti. Les difficultés résident dans l'insuffisance des points d'eau. Les efforts doivent être soutenus dans la mobilisation sociale avec un accent particulier sur la CCC.

#### 3.7.2.3.2 La poliomyélite

L'organisation de JNV de qualité, le renforcement du PEV de routine et de la surveillance ont permis de stopper la circulation du poliovirus sauvage de 2005 à nos jours. Le Mali doit, à l'instar de trois autres pays (Burkina Faso, Bénin, Liberia) présenter et défendre son document de certification d'éradication de la polio en octobre 2008. Il a satisfait aux normes de certification pendant cette période savoir la PFA non polio supérieur à 2 cas /100 000 enfants de 0-15 ans ; et le pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours supérieur à 80%.

### **3.7.2.4 Les maladies à éliminer**

#### 3.7.2.4.1 Le tétanos

La mise en œuvre d'une campagne correctrice (renforcement de l'immunité antitétanique chez les femmes en âge de procréer) est en cours dans le cadre de l'élimination du tétanos maternel et néonatal.

#### 3.7.2.4.2 La lèpre

Les actions mises en œuvre ont permis d'atteindre le seuil d'élimination de la lèpre (moins de 1 cas pour 10.000 habitants) dans 85% des districts sanitaires. Cependant, la situation demeure fragile à Kéniéba, Kita, Nara, Douentza, Bandiagara, Gourma-Rharous, Nianfunké et Ansongo.

#### 3.7.2.4.3 Le trachome et autres maladies cécitantes

Les données actuelles ne permettent pas d'apprécier l'ampleur des problèmes de cécité. Une priorité doit être accordée à la réalisation d'une enquête nationale pour créer les conditions de réussite des actions dans le cadre de la Vision 2020.

### **3.7.2.5 Les maladies posant problèmes de santé publique**

#### 3.7.2.5.1 Le Paludisme

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur la population en général, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en particulier. Il représente la première cause de consultation dans les services de santé, de décès des enfants de moins de 5 ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes. C'est la première cause d'absentéisme à l'école et au travail d'où l'importance de ses répercussions socio-économiques. Son impact peut compromettre l'atteinte de certains OMD.

Dans le domaine de la prévention, si la disponibilité en moustiquaire imprégnée d'insecticide au niveau des ménages s'est améliorée (62% selon EDSDM IV), son utilisation n'est que de 36% chez les enfants de moins de 5 ans et 44% chez les femmes enceintes.

Dans le cadre de la lutte anti larvaire, les activités de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) en 2007, avant leur mise à échelle, dans les régions de Koulikoro (cercle de Koulikoro) et Ségou (cercle de Bla) qui sont endémiques.

L'apparition et la multiplication de foyers de résistance à la chloroquine a conduit (selon les directives de l'OMS, à l'abandon de cette molécule et à l'introduction de stratégies novatrices basées sur l'introduction des Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA) et la promotion de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans.

Devant les taux élevés de morbidité et de mortalité liés au paludisme particulièrement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, les autorités ont rendu gratuits les intrants pour la prévention et la prise en charge du paludisme pour ces groupes les plus vulnérables.

La mise à l'échelle des interventions de contrôle du paludisme est confrontée à d'autres difficultés et contraintes, notamment l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, la non disponibilité des CTA malgré le changement de politique thérapeutique, les ruptures de stocks de SP et de MII, la faible implication des structures privées dans la promotion des stratégies de prévention, notamment l'acquisition en MII et l'utilisation du TPI pendant la grossesse.

#### 3.7.2.5.2 Les maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées regroupent le trachome, première cause de cécité évitable au Mali dont la prévalence est de 34% chez les enfants de moins de dix ans; la filariose lymphatique, responsable de l'éléphantiasis et de l'hydrocèle avec une prévalence de 7%; l'onchocercose, la cécité des rivières, dont la prévalence varie de 0 à 0,86% sur l'ensemble des bassins fluviaux sous contrôle; les schistosomiasis et les vers intestinaux dont la prévalence peut atteindre respectivement 98,5% et 22% dans certaines écoles sentinelles.

#### 3.7.2.5.3 La tuberculose

Dans la lutte contre la tuberculose la stratégie DOTS couvre actuellement tous les CSREF fonctionnels. Des efforts importants doivent être déployés pour l'atteinte des objectifs du programme, au regard du niveau actuel du taux de détection (26%) et du taux de guérison (69,7%) en 2006.

### **3.7.2.6 Les maladies non transmissibles**

#### 3.7.2.6.1 La drépanocytose

La prévalence de la maladie est mal connue au Mali, car aucune étude épidémiologique représentative de la population n'a été conduite. Les travaux épidémiologiques les plus significatifs conduits entre 1973-1985 situent la fréquence du trait drépanocytaire entre 4 et 17% pour les enquêtes de masse, 10 et 13,5% pour les études hospitalières.

En l'absence de prise en charge adéquate, le taux de mortalité est de 50% avant l'âge de 5 ans. La drépanocytose a été reconnue comme une priorité de santé publique par l'Union Africaine en 2005, et par l'OMS en 2006.

Un centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose a été créé aux fins de développer des actions appropriées et contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des malades.

#### 3.7.2.6.2 Le diabète

Dans tous les pays du monde, le diabète sucré, du fait de sa prévalence sans cesse croissante et de l'importante morbi-mortalité qui lui est associée, est devenu un véritable problème de santé publique. Aucune étude récente n'a été réalisée sur la prévalence du diabète. Elle était de 0,95% en 1985 (enquête KBK). Une estimation faite à partir de l'analyse des supports des données des hôpitaux et des CSREF de Bamako a donné une prévalence de 2%. Ce chiffre est largement en dessous de la réalité car, en 1996, le diabète représentait 40% des consultations en médecine interne à l'hôpital Gabriel Touré et la deuxième cause d'hospitalisation après le Sida en médecine interne à l'Hôpital du Point G.

#### 3.7.2.6.3 L'hypertension artérielle

On dispose de peu de données fiables sur l'hypertension au Mali. Les indications portent sur une prévalence de 11% chez sujets de 44 à 65ans, lors de l'évaluation sanitaire, dans les cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita, réalisée en 1981 ; et une prévalence de 31% lors d'une étude réalisée en 1998 en milieu hospitalier au Mali. Il n'existe pas de programme national de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.

#### 3.7.2.6.4 Le cancer

Le cancer a toujours été l'un des plus importants problèmes de santé publique tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement de par sa fréquence, sa morbidité et sa mortalité élevées. Selon le registre de cancer du Mali institué en 1986 (Bamako et Kati) résumé dans la thèse de NGASSA Piotie Patrick en 2006, 7198 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés, avec une prédominance féminine (51%) ; l'âge moyen des cancéreux était de 48,8 ans. Les cinq cancers les plus fréquents chez la femme étaient le cancer du col utérin, (33,5%), du sein (23%), de l'estomac (19%), du foie (11,9%), et du colon-rectum (6,1%). Chez l'homme, il s'agissait des cancers du foie (26,6%), de l'estomac (22%), de la prostate (10,7%), de la vessie (8,6%), et du colon-rectum (5,6%). De 1998, année de création du Service d'Hématologie Oncologie du Point G, à 2003, on a enregistré 924 cas de cancer sur 8425 patients reçus, soit 10,97%. Une Unité d'Oncologie pédiatrique a été mise en place au CHU Gabriel Touré.

En matière de prévention, les activités menées sont celles du programme test de dépistage du cancer du col de l'utérus. La prise en charge des cancers est confrontée à des difficultés, notamment l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, l'insuffisance ou l'inadéquation des équipements, et l'insuffisance de ressources financières. Le Gouvernement malien a fait du cancer un problème prioritaire de santé publique ; cette volonté politique s'est matérialisée par l'élaboration, en cours, du document de politique nationale de prévention et de prise en charge du cancer.

### **3.7.2.7 Maladies émergentes**

#### 3.7.2.7.1 Les troubles mentaux

Divers et complexes, ils constituent une cause majeure d'incapacité. Cependant, aucune enquête nationale de prévalence n'a été réalisée. La pauvreté, les conflits et catastrophes sont, entre autres, des facteurs déterminant dans leur survenue. La réalisation d'une enquête épidémiologique permettra d'entreprendre des actions de promotion de la santé mentale pour les groupes à risque.

#### 3.7.2.7.2 La grippe aviaire

L'apparition, entre 2003 et 2005, de l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) en Asie du Sud-est et en Europe et très récemment en 2006 en Afrique constitue une préoccupation majeure dans le domaine de la santé animale et de la santé humaine, avec des répercussions économiques et sur la sécurité alimentaire. Le virus de la grippe aviaire, lorsque la souche est hautement pathogène, peut se transmettre exceptionnellement à l'homme, comme cela a été observé pour le virus influenza A/H5N1, lors de contacts fréquents et intensifs avec des sécrétions respiratoires ou des déjections d'animaux infectés. Le risque d'introduction et de propagation de cette maladie au Mali est réel, en raison de l'importance des échanges commerciaux en général et particulièrement de volailles et de

produits avicoles entre le Mali et certains pays voisins où la présence du virus a été signalée d'une part et l'existence des sites d'accueil d'oiseaux migrateurs dans le delta central du fleuve Niger et le bassin du fleuve Sénégal d'autre part. Le dispositif de surveillance de la grippe chez l'animal et chez l'homme repose respectivement sur la mise en œuvre du plan de contingence pour la prévention et la lutte contre la grippe aviaire au Mali, et le plan stratégique sectoriel de prévention et de lutte contre la grippe humaine d'origine aviaire.

### **3.7.2.8 Les Fistules obstétricales**

Les fistules constituent un problème de santé publique. L'accessibilité géographique des femmes porteuses, dont la majorité proviennent du milieu rural, est encore faible, la prise en charge thérapeutique n'étant assuré que par les EPH du point G et de Mopti. L'extension de la couverture sanitaire, l'amélioration de l'utilisation des services et de la qualité des soins, particulièrement dans les zones pauvres, contribuera à en réduire la fréquence.

## 3.7.3 Facteurs d'amélioration de la qualité des services

### **3.7.3.1 La Télémédecine**

La pénurie de ressources humaines compétentes et motivées et leur répartition inégale sur le territoire national constituent une contrainte majeure du système de santé du Mali. Cette inégalité est encore plus marquée dans le domaine des spécialités médicales. Dans ce contexte, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peuvent contribuer à une amélioration de la prise en charge des malades, et à une rationalisation des évacuations sanitaires. L'application des TIC est peu développée dans le secteur de la santé. Cependant, quelques initiatives ont été mises en œuvre :

- Le « Réseau Informatique Malien d'Information et de Communication Médicale (REIMICOM) », « kènèya blown = le vestibule de la santé », a permis la mise en place d'un réseau national de télémédecine au Mali, reliant différentes institutions de santé de Bamako (Ministère de la Santé du Mali, Hôpital du Point G, Centre National d'appuis à la lutte contre la Maladie et Hôpital Mère et Enfant), les Etablissements Publics Hospitaliers de Ségou et Tombouctou. Il a permis la réalisation des activités de téléconsultations de neurochirurgie, de léprologie, de télé-enseignements de télé-expertise en radiologie.
- Le centre pilote « E leadership » du Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CRFP) de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de l'Université de Bamako, où l'on pratique la formation à distance dans le domaine pointu de la recherche en biologie moléculaire sur le paludisme.
- Le Projet Cyberpharma, réalisé en partenariat avec l'ordre national des pharmaciens du Mali, vise à mettre en œuvre la création d'un site web pour le Conseil National l'Ordre des Pharmaciens (CNOF) et le développement d'une base de données des pharmaciens.
- Le Projet de Téléradiologie IKON, réalisé en partenariat avec la Société Malienne d'Imagerie Médicale (SOMIM), consiste à l'utilisation du réseau Internet pour la transmission d'images radiologiques depuis les Hôpitaux régionaux (de Ségou, Mopti et Sikasso) dépourvus de spécialistes en radiologie, vers les Hôpitaux nationaux pour interprétation et aide au diagnostic.
- La prise en compte de la dimension TIC et Santé s'est traduite par la création de l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale, un EPSTC, dont les textes sont en cours d'adoption.

### **3.7.3.2 La maintenance**

Les activités de maintenance du patrimoine du Ministère de la Santé sont éparpillées entre le service d'entretien du parc automobile et du matériel (SEPAUMAT) avec des antennes dans les régions de Sikasso, Mopti et Gao ; la Cellule d'Exécution des Programmes de renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), la Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation au sein de la Direction Nationale de la Santé (DNS) ; la Direction Administrative et Financière (DAF). Elle est assurée dans les EPH par des unités peu outillées et ne disposant pas de compétences spécifiques. Il n'existe aucune entité assurant la coordination de ces activités.

Les principaux problèmes liés à la maintenance sont, entre autres, l'absence de politique de maintenance, la diversité des modèles d'équipements dans les structures sanitaires, l'absence de la gestion du cycle de vie des équipements, l'absence de la gestion du cycle de vie des équipements, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées. La mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance efficace et efficiente des infrastructures, des équipements et matériels aura un impact sur la qualité des soins et la réduction des coûts des prestations.

### 3.7.3.3 Le partenariat

Le partenariat est développé à travers des approches contractuelles entre l'Etat, les collectivités territoriales, les structures privées, les organisations de la société civile, les organismes de coopération bilatérale et multilatérale. Les différentes formes mises en œuvre sont la contractualisation avec les ONG (dont la plupart sont regroupées au sein du Groupe Pivot Santé/Population), les ASACO, l'UTM, les EPH, et dans le domaine des ressources humaines ; la sous-traitance et l'achat de services ; la maîtrise d'ouvrage déléguée ; le jumelage ; les réseaux ; et les conventions de coopération.

Les principaux problèmes rencontrés sont, entre autres : l'insuffisance de coordination des interventions (multiplicité des mêmes intervenants dans les mêmes zones, duplication des interventions) ; suivi dans les contrats existants (absence ou dysfonctionnement des mécanismes de contrôle des contrats existants, absence de signature de convention et/ou de contrat entre la tutelle et les partenaires d'exécution) ; décentralisation des contrats (non responsabilisation des acteurs locaux dans l'exécution des contrats par exemple) ; maîtrise du processus de contractualisation par les acteurs ; supervision intégrée continue du secteur privé. La documentation des expériences est insuffisante, notamment en ce qui concerne l'apport du secteur sanitaire privé.

## 3.8 Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation

Selon l'étude réalisée en 2004 par le Ministère de la Santé sur les Comptes Nationaux de la Santé, couvrant la période 1999/2004, les ménages supportent une part importante des dépenses de santé. Les résultats ont montré que ces dépenses sont assurées comme suit : Etat : 22% ; collectivités décentralisées : 9% ; ménages : 51% ; autres privés : 4% ; reste du monde : 14%.

En matière d'accessibilité financière, l'Etat a déployé des efforts à travers l'édiction des décrets n°03-218/P-RM du 30 mai 2003 portant réglementation des prix des médicaments en DCI de la liste nationale des médicaments essentiels ; et n°07-087/P-RM du 16 mars 2007 fixant les prix des médicaments en DCI dans le secteur privé. Cependant leur portée pourrait être limitée en l'absence d'une réduction sensible de la pauvreté des populations.

Les résultats de l'EDSM IV révèlent que dans 53% des cas, les femmes ont déclaré que le manque d'argent nécessaire pour le traitement était le principal obstacle ; ce manque d'argent a davantage affecté les femmes du milieu rural (59%) que celles du milieu urbain (40%) ; les femmes de Kidal ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles des autres régions.

Le coût moyen de l'ordonnance a évolué de, 2005 à 2007, en zone 1 de 1363 à 1266 FCFA dans les CSCOM, et de 1516 à 1391 FCFA dans les CSREF ; contre respectivement 1640 à 993 FCFA, et 1168 à 1193 FCFA en zone 2. En zone 3, le coût moyen est passé de 1588 à 1128 FCFA dans les CSCOM et de 1587 à 1254 FCFA dans les CSREF. Les disparités les plus importantes sont observées dans la zone 2 ; à Kayes, il a atteint 3844 FCFA dans les CSCOM en 2005 et 3526 FCFA dans les CSREF en 2006. On note qu'en 2006, le coût moyen de l'ordonnance a atteint 1692 FCFA dans les CSCOM et 1738 FCFA dans les CSREF en zone 1 ; l'indicateur n'est pas renseigné pour Gao, Kidal et Bamako. La diminution observée est probablement due à l'application du décret n°07-087/P-RM du 16 mars.

Cependant, la consolidation de ces avancées passe par le renforcement des mécanismes alternatifs de financement dont le développement est faible. Le mouvement mutualiste connaît une évolution lente, liée à l'insuffisance de ressources financières et humaines entre autres. En 2007, le nombre de mutuelles agréées est de 99 dont 91 mutuelles assuraient une prestation santé et 8 mutuelles la retraite

décès. La couverture de la population toutes prestations confondues est de 2,4% contre 1,7% pour le risque santé.

La mise en œuvre des textes adoptés par le Gouvernement et relatifs à l'institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'institution du Régime d'Assistance Médicale, la création de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale, permettra d'améliorer l'accès aux soins, particulièrement pour les plus démunis, et leur qualité.

### 3.9 Amélioration de la qualité des services dans les Etablissements Hospitaliers et autres Etablissements de Recherche

#### 3.9.1 Les EPH

La quasi-totalité des EPH ont élaboré et mis en œuvre leurs projets d'établissement, dont la majorité se termine en 2008 ; certains en préparent l'évaluation aux fins de l'élaboration de la 2ème génération. Les établissements spécialisés ont entrepris l'élaboration de leurs projets d'établissement. Les réalisations concernent les différentes composantes des projets : signature de conventions EPH/FMPOS dans le cadre de la convention hospitalo-universitaire ; nomination des membres des CA ; affectation de gestionnaires des hôpitaux dans les EPH ; application de la comptabilité matière ; mise en place d'une entité chargée de la gestion des RH dans les organigrammes ; mise en place d'une grille de répartition des intéressements ( ristournes) ; l'amélioration des ressources financières par la signature de conventions avec des mutuelles et/ou des entreprises, et l'adoption et exploitation d'un logiciel pour la gestion des ressources financières ; amélioration du circuit des utilisateurs par la création d'un bureau d'accueil et d'information et installation de boîtes à suggestion ; dynamisation des comités techniques et d'hygiène ; mise en place de système de gestion des déchets biomédicaux ; mise en place d'unités opérationnelles de maintenance biomédicale et des infrastructures ; révision du SIH.

Les principales difficultés sont liées, entre autres, à l'insuffisance de personnel qualifié ; au recouvrement des frais de prise en charge des personnes indigentes ; l'absence de support juridique (contrat) au paiement des émoluments aux professeurs et ce, dans le cadre de la mise en œuvre de la convention hospitalo-universitaire

#### 3.9.2 Les établissements de recherche

A ce stade, les réalisations relèvent du domaine du renforcement des compétences.

### 3.10 Le renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation

#### 3.10.1 Les textes législatifs et réglementaires

De 2005 à 2008 des réformes ont été effectuées et plusieurs textes ont été édictés en vue de renforcer la mise en œuvre du PRODESS. Un document de compilation exhaustive de ces textes est en cours d'élaboration pour servir de support au document du PRODESS.

On peut citer entre autres les décrets fixant la carte nationale hospitalière ; les procédures budgétaires et comptables des EPH, portant création d'EPSTC (CNAM, CREDOS, l'INRSP, LNS) ; portant création de la Cellule d'Appui à la Décentralisation/Déconcentration ; fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM ; l'arrêté interministériel n°07-2650/MS-MEP-MA-MIC-MEF-SG du 26 septembre 2007 déterminant les modalités d'application du décret n°06-259/P-RM du 23 juin 2006 instituant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des denrées alimentaires, des aliments pour animaux et des additifs alimentaires.

Les projets de textes de restructuration de la Direction Nationale de la Santé, de la Direction de la Pharmacie et du Médicament, des Services Régionaux et Subrégionaux de la Santé ont été élaborés. Ceux du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la vie sont en cours d'adoption.



Les textes d'application des décrets relatifs aux procédures comptables et budgétaires des EPH, à l'exercice personnalisé dans les EPH, au régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé, ne sont pas encore pris. Par ailleurs le décret relatif aux modalités d'organisation de l'intéressement des personnels des EPH devra être édicté.

Quatre documents de politique sont été élaborés, relatifs respectivement à la transfusion sanguine ; à la recherche en santé ; au développement des ressources humaines ; à la maintenance ; et au Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé (PSNRSS).

### 3.10.2 Le renforcement des capacités

#### **3.10.2.1 Au niveau national**

- Les capacités de la DAF en matière de passation des marchés ont été améliorées (formation des agents, appui d'un expert pendant deux ans,...) ; les missions de supervision comptable dans les districts sanitaires, l'organisation de rencontres trimestrielles avec les comptables régionaux ont permis d'améliorer le suivi de l'exécution du budget et des financements ; elle bénéficie de l'expertise d'un auditeur interne principal et de son staff (2 personnes), qui appuient le travail sur le terrain. Cependant, elle est confrontée à des contraintes dont l'insuffisance de personnel qualifié, de moyens logistiques et un cadre organique adapté pour faire face aux missions du programme (PRODESS).
- Le LNS, le CREDOS, l'INRSP ont été dotés en équipements, logistique roulante et informatique et en ressources humaines ; les salles de travaux pratiques et du laboratoire du CHUOS ont été équipées, ce qui a permis l'ouverture de la filière d'Odonto-Stomatologie à la FMPOS ;
- L'INFSS a bénéficié de nouveaux locaux, d'équipements et matériels, de logistique roulante ; la révision des programmes, qui est une activité majeure en a concerné cinq sur 18, selon « l'approche par compétence ». L'Institut est partie prenante de l'harmonisation des programmes dans la sous région sous l'égide de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) ; des réunions préparatoires se sont tenues à Cotonou et Bobo Dioulasso.
- L'INFSS reste confronté à des difficultés dont : la non valorisation de la fonction à l'instar de ce qui se pratique à l'Education Nationale (hiérarchisation,...) ; l'insuffisance d'enseignants qualifiés en rapport, entre autres, avec l'absence de mesures incitatives ; l'insuffisance d'équipement, en particulier des bibliothèques et laboratoires.
- L'ANSSA a été renforcée par la réhabilitation des locaux, la dotation en équipements et en personnel. Service Central de liaison avec le Codex, l'Agence siège au sein du Comité Exécutif du Codex au nom du Mali qui y représente 47 pays africains. Les difficultés sont relatives à la collaboration avec d'autres structures de recherche ; l'insuffisance de financement des activités ; aux procédures des marchés publics ; l'insuffisance de capacité des laboratoires partenaires ; l'insuffisance de capacité du personnel, qui a conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de formation de longue et courte durée.
- Des efforts ont été faits pour améliorer les conditions de travail des Ordres professionnels, notamment par l'octroi d'un siège qui a été réhabilité ; la dotation en mobilier et matériels informatiques ; l'octroi d'appuis financiers ayant permis, entre autres, de mettre en place le répertoire, d'éditer le journal, de mener des activités de sensibilisation. Dans l'optique de l'ouverture de l'espace UEMOA, les directives ont abouti à la création d'un Collège par Ordre, qui sera un cadre de concertation et d'échanges d'informations. Les difficultés rencontrées par les ordres professionnels sont relatifs à l'insuffisance de ressources financières, qui a empêché jusque là l'achat et la construction du terrain destiné au siège ; les problèmes rencontrés pour la fermeture effective des établissements de soins, ou pharmaceutiques convaincus d'exercice illégal ; la limitation des capacités d'accueil dans le cadre du stage dans le secteur pharmaceutique, liée à une question de rémunération des stagiaires ; la vente illicite des médicaments.
- La CPS a bénéficié d'une réhabilitation de ses locaux, qui ne sont pas très fonctionnels. Les capacités ont été renforcées par la dotation en équipements et moyens logistiques, et la mise à disposition de personnel ; ces ressources doivent être renforcées pour des conditions de travail optimales. Ses textes ont été relus pour étendre les missions aux Ministères du Développement

Social, de la Solidarité et des Personnes Agées ; et de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Les missions de coordination stratégique dans le domaine de la nutrition ont été abrogées du fait de la suppression de la DSSAN.

### **3.10.2 Au niveau régional**

Les locaux des directions régionales de la santé ont été réhabilités ; elles ont été renforcées en ressources humaines, équipements/matériels et en logistique roulante.

### ***3.10.3 La Décentralisation territoriale***

Les actions ont visé la consolidation de la décentralisation dans le domaine de la santé, dont la création de la cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration par le décret n°07-422 PM-RM du 8 novembre 2007 ; la signature de la convention de gestion des Fonds Néerlandais et Suédois de la composante santé du PRODESS II entre le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT) ; l'effectivité de la signature de la convention d'assistance mutuelle entre les ASACO et les Communes ; l'élaboration d'un plan triennal d'accompagnement des collectivités territoriales dans la gestion des compétences et ressources transférées.

Cependant, l'absence d'articulation cohérente entre la planification des collectivités territoriales (PDSEC) et celle des services techniques (PDSC) mérite une attention particulière aux fins d'une prise en compte des besoins réels des communautés. Les difficultés et/ou contraintes tiennent, entre autres, au non respect du principe de la concomitance du transfert de compétences et de ressources ; à la définition du statut juridique de certaines infrastructures ; au retard dans l'évaluation des ressources budgétaires liées aux compétences transférées et la détermination des modalités concrètes de leur transfert aux collectivités territoriales ; à la non définition des modalités d'application de l'article 122 du statut général de la fonction publique, relatif à la mise de fonctionnaires de l'Etat à la disposition des collectivités territoriales ; à la persistance de la création anarchique de CSCOM de la part des certains élus ; à l'insuffisance dans la contribution des Collectivités territoriales pour la consolidation des acquis dans le cadre notamment du système de référence évacuation, voire la gestion des services de santé des districts.

## **3.11 Analyse du financement**

### ***3.11.1 La Coordination de l'aide internationale***

Le passage à l'appui budgétaire implique l'harmonisation des procédures d'exécution, de contrôle et de suivi ; l'alignement des partenaires sur les mécanismes internes des pays et leur priorité en matière de croissance et de développement ; l'institutionnalisation de la budgétisation orientée vers les résultats ; l'amélioration de la prévisibilité des ressources à moyen terme en vue d'une sécurisation de la gestion des finances publiques dans le cadre d'un renforcement du processus et du respect du cycle budgétaire ; l'amélioration du dialogue entre le gouvernement et les PTF par la promotion d'un partenariat orienté vers l'efficacité de la politique gouvernementale.

La mise en œuvre de l'appui budgétaire a permis, à partir de 2006 du cycle de planification sectoriel, une harmonisation effective avec le cycle de préparation de la loi des finances ; ainsi, la planification de l'année 2007 commencée en février 2006 a permis de rendre disponible le PO 2007 dès le 1<sup>er</sup> janvier de ladite année.

Les difficultés rencontrées sont notamment la lenteur dans la réception des délégations de crédit au niveau opérationnel ; la faible maîtrise des procédures d'exécution de l'ABS par les directeurs régionaux de la santé et la méconnaissance des spécificités du secteur socio sanitaire par les Directeurs Régionaux du Budget ; les difficultés de financements des activités dues à la tension de trésorerie ; difficultés de mobilisation liées au plafond de la régie et aux procédures de passation des marchés ; les

difficultés de comparaison entre le CDMT, le PO et la loi des finances suite à la non inscription dans ladite loi de certains financements inscrits au CDMT et au PO tels que les recouvrements de coûts, les contributions des communautés et des collectivités et les partenaires hors BSI extérieurs d'une part et d'autre part les spécificités de la fonction santé qui sont dans la loi de finances mais qui ne sont pas dans le CDMT et le PO. Il y a lieu de souligner aussi la difficulté pour certains PTF non partants en ABS à décliner leurs annonces à partir de la date de lancement de la préparation du PO (février de l'année N).

Dans le cadre du Partenariat International pour la Santé (*International Health Partnership - IHP+*), le Mali s'est engagé à élaborer, en collaboration avec plusieurs PTF, un document désigné sous le vocable de « Compact » basé sur le principe que l'ensemble des partenaires s'engage à soutenir un seul et unique cadre national de développement du secteur de la santé.

### 3.11.2 Situation d'exécution

#### **3.11.2.1 Financement global**

L'exécution financière totale représente 93,62% du montant total du cadrage macroéconomique et financier pour la période 2005/2007. Le taux de financement global des PO est de 84,11% sur cette période ; il a progressé régulièrement, en passant de 72,43% en 2005 à 79,64% en 2006 et 98,77% en 2007.

#### **3.11.2.2 Point d'exécution financière par zone de pauvreté**

Le taux d'exécution au niveau des régions est passé de 30,74% en 2005 à 40,67% en 2007 (avec un fléchissement à 26,44% en 2006). En examinant ce taux par zone de pauvreté, il est plus important en zone 1 avec 57% en 2005 ; 45,75% en 2006 ; et 65,15% en 2007 ; contre respectivement 32,19% ; 42,99% ; et 25,89% en zone 2. Quant à la zone 3, elle a enregistré les taux respectifs suivants : 10% ; 11,26% ; et 8,97%. Par ailleurs, la zone 1, hormis en 2005 où elle a été devancée par la zone 3, a bénéficié de l'affectation de la plus forte proportion de ressources en terme de prévisions du CDMT. Cependant les taux d'exécution rapportée à ces prévisions sont modestes au cours des deux premières années, dans les trois zones mais davantage en zone 3.

#### **3.11.2.3 Point d'exécution financière par niveau**

L'affectation de ressources a été importante au niveau des structures centrales au cours de ces trois années de mise en œuvre du PRODESS II (53,26% en 2005 ; et 59,56% en 2006), a connu un fléchissement en 2007 (45,37% contre 40,67% au niveau régional). Cette situation s'explique, entre autres, par la programmation au niveau central de certains investissements (moyens logistiques, médicaments, consommables médicaux, vaccins, réactifs) et fonctionnement (coûts opérationnels des JNV) dont les bénéficiaires sont les régions. Cette tendance à la baisse doit se poursuivre au profit de l'augmentation des allocations de ressources pour le niveau régional. En effet, cette déconcentration des dépenses contribuera à la consolidation de la décentralisation. Les indications prévoient qu'au cours du quinquennat, les taux devaient évoluer de 50 à 60% pour le niveau régional (y compris le district sanitaire), de 7 à 10% pour le niveau tertiaire et de 43 à 30% pour le niveau central.

#### **3.11.2.4 Contraintes/difficultés**

Le démarrage du PRODESS II, en 2005, s'est effectué dans un contexte marqué par des contraintes dont : la production d'informations financières incomplètes ; la non concordance du cycle d'exécution budgétaire (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année N) et du cycle de planification sanitaire (juillet N-1 à juin N) ; la non justification à temps des fonds d'avance mis à la disposition des structures pour l'exécution des activités ; la lourdeur des procédures de passation des marchés et des insuffisances dans le suivi de l'exécution des marchés ; l'élaboration de la loi des finances 2006 en tenant compte de l'appui budgétaire, en l'absence de l'annonce des PTF et du PO 2006 ; le manque de réalisme dans les programmations (en tenant compte des capacités matérielles et humaines des structures) ; la centralisation excessive de certaines fonctions dont la gestion du personnel (Direction Nationale de la Fonction Publique), de la gestion du budget au niveau régional (DRB), de la gestion des marchés

publics, de la gestion de la comptabilité matières ; l'absence au niveau cercle de services déconcentrés du Ministère des Finances pouvant constituer un handicap pour la gestion des fonds de l'appui budgétaire.

D'une façon générale, la gestion se caractérise par certaines faiblesses qui en grèvent l'efficacité. Il s'agit notamment de la lourdeur du processus de planification avec ses implications en terme de retard dans la mise en place des fonds et donc de faiblesses du taux d'exécution des dépenses ; de la faible capacité d'absorption des ressources mises à la disposition du secteur due souvent à la non maîtrise par les cadres des procédures multiples et complexes; de l'insuffisance d'harmonisation des mécanismes de financement ; de l'absence des missions régulières de suivi de la Direction Administrative et Financière (DAF) sur le terrain ; de l'insuffisance de ressources allouées à la santé ; de l'insuffisance du partenariat public, privé et associatif ; de l'insuffisance de la collaboration intra sectorielle et intersectorielle ; de l'insuffisance quantitative et qualitative de personnel ; des insuffisances en matière de capacité d'analyse et d'expertise - conseil en matière de prise en charge de nouvelles préoccupations en matière de financement ; difficultés de mobilisation liées au plafond de la régie.

## 4. ORIENTATIONS ET DOMAINES PRIORITAIRES

La poursuite de la mise en œuvre du PRODESS II s'appuiera sur des documents stratégiques, notamment la politique nationale de développement des ressources humaines, le plan stratégique national de renforcement du système de santé, la politique nationale de recherche en santé, la politique nationale de maintenance des équipements et infrastructures de la santé et le cadre de dépenses à moyen terme révisé en entier.

### 4.1 Les orientations en matière de santé

En dépit des progrès accomplis, comme le les résultats de l'EDSM IV, le niveau de certains indicateurs demeure encore préoccupant, ce qui donne une idée de l'importance des défis à relever pour l'atteinte des OMD. La priorité sera accordée à la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile ; et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle.

Les efforts seront centrés sur la poursuite de l'extension de la couverture sanitaire, notamment dans les zones pauvres ; l'amélioration de l'accès au PMA ; la mise en œuvre et/ou la mise à échelle de stratégies novatrices ; l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ; le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de soins obstétricaux et néonataux essentiels le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, le VIH/Sida et la tuberculose; le renforcement de la référence/évacuation. Des actions seront entreprises pour améliorer la collecte des données et renforcer les activités de repositionnement de la planification familiale pour augmenter le niveau d'utilisation de la contraception et réduire le niveau des besoins non satisfaits.

Dans le domaine de la lutte contre la malnutrition, il s'agira de mettre en œuvre le plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (PSNAN), notamment dans ses composantes 5, 6, 7 et 8 relatives respectivement à l'amélioration des pratiques de récupération nutritionnelle des enfants malnutris ; la promotion nutritionnelle à travers des stratégies préventives d'amélioration des comportements et pratiques d'alimentation et l'adoption des modes de vie sains ; la lutte contre les carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode, zinc) et l'anémie ; la prévention et la gestion des urgences alimentaires et nutritionnelles. Une attention sera accordée à la dissémination des normes et procédures en nutrition d'une façon, et sur celle du protocole National de prise en charge de la malnutrition aigue. Les acquis seront consolidés, entre autres, par l'élaboration et la mise en œuvre du deuxième plan d'action National TDCI d'une part et la poursuite de l'organisation de la SIAN couplée au déparasitage d'autre part.

Le SNIS sera révisé pour intégrer les données relatives à la surveillance nutritionnelle. Il s'agira aussi de renforcer le plaidoyer pour l'adhésion des PTF dans le cadre du financement des programmes de nutrition à travers la mise en œuvre d'un Plan Intégré de Communication; et de dynamiser les activités de nutrition dans toutes les régions.

En matière de qualité des soins, l'accent sera mis sur le développement des ressources humaines, à travers l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale de développement des ressources humaines ; la construction/réhabilitation et l'équipement de structures de référence de deuxième et troisième niveaux.

L'accent sera mis sur l'amélioration du système d'information, la formation des agents à sa mise en œuvre, et la production des annuaires statistiques par niveau ; la réalisation des supervisions intégrées et la régularité dans la tenue des sessions de monitorages micro planifications à tous les niveaux. La réflexion sera engagée sur les aspects contrôle de qualité des données statistiques.

La couverture pour tous les antigènes doit être nettement améliorée, au moins dans 80% des districts ; cet effort doit être accompagné par la réduction des ruptures de vaccins, la réhabilitation des équipements de la chaîne de froid, le renforcement de la logistique roulante, de la surveillance épidémiologique et l'amélioration.

Ces interventions en matière de santé devront être soutenues par d'intenses actions en matière d'IEC, d'approche communautaire et de mobilisation sociale.

#### 4.2 Les orientations en matière de lutte contre le VIH/Sida

Les actions devront contribuer à la réduction de la transmission du VIH et de l'impact du SIDA au Mali. Elles s'appuieront notamment sur la prévention de la transmission des IST et du VIH. Il s'agira : (i) d'intensifier, de diversifier et améliorer l'offre des services adaptés de prévention à l'échelle nationale, particulièrement auprès des populations vulnérables et à risque, ainsi qu'en milieu de soins ; (ii) promouvoir l'accès aux soins en consolidant les acquis, et étendant l'offre des services de traitement global de qualité sur toute l'étendue du territoire ; et par l'institution de la prise en charge globale y compris la bi ou tri thérapie dans les sites PTME ; (iii) renforcer l'offre à travers le pays des services de soins/soutien/accompagnement durables pour tous ce qui ont en besoin ; et (iv) renforcer les capacités nationales de coordination et de suivi évaluation, y compris les aspects d'Assurance Qualité des Données.

Ces interventions devront intégrer la surveillance épidémiologique, les études, la recherche et l'éthique, le renforcement du plateau technique des laboratoires des hôpitaux au niveau des régions pour le suivi biologique des malades sous ARV, l'élaboration de Normes et Procédures pour le suivi psychosocial des séropositifs.

#### 4.3 Les orientations en matière de lutte contre la maladie

Les actions s'articuleront autour de :

- la mise en place d'un cadre institutionnel de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment le diabète et l'hypertension artérielle ; la dotation du centre de recherche et de lutte sur la drépanocytose en ressources humaines, financières et matérielles ; l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action ;
- la finalisation, l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale de prévention et de prise en charge du cancer et l'élaboration d'un programme national de lutte contre le cancer ;
- la poursuite des campagnes de masse dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées, et la mise à disposition des ressources nécessaires ;
- l'organisation d'une enquête épidémiologique nationale permettant d'élaborer et mettre en œuvre un plan national de promotion de la santé mentale ;
- la lutte contre le paludisme qui reposera sur la prise en charge des cas (CTAs, TRDs), la prévention (MII, TPI, pulvérisation intradomiciliaire), la gratuité des CTAs et des MMI chez les enfants de moins de 5 ans, le partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile ; des directives spéciales seront appliquées aux femmes enceintes séropositives et aux autres groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires) ;
- le renforcement de la lutte contre le ver de guinée par l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable, l'intensification de l'application de l'Abate pour traiter les mares, la distribution de filtres et tamis (en mettant l'accent sur les populations nomades) ;
- la lutte contre la lèpre par la consolidation des résultats dans les zones ayant atteint le seuil d'élimination (moins de 1 cas pour 10.000 habitants) et le renforcement des actions dans les zones où la situation demeure précaire ;
- le renforcement des mesures incitatives à la décentralisation des services de diagnostic de la tuberculose ; l'incitation des populations par l'IEC/CCC à utiliser les services de DOTS ; le renforcement et la décentralisation de la CCC/Plaidoyer/Mobilisation sociale ; le renforcement de la lutte contre la co-infection et les multi résistances ; l'Approche Pratique Santé Respiratoire (APSR) et prise en charge de l'asthme dans 16 Centres de Santé de Référence ; une enquête nationale de la prévalence de la tuberculose sera réalisée ; un Laboratoire National de Référence (LNR) sera construit à Bamako ;
- la révision et l'actualisation du plan stratégique de lutte contre les affections bucco-dentaires et le Noma pour la période 2009-2013 ;
- la lutte contre la grippe aviaire par le renforcement du système de surveillance épidémiologique (animale et humaine), le renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires pour la

détection précoce du virus chez l'animal et chez l'homme, de la prise en charge des éventuels cas humain et du partenariat et de la coopération avec les autres pays et les institutions internationales

- la communication, la recherche et le suivi/évaluation ;

#### 4.4 Les orientations en matière de maintenance des équipements, infrastructures et équipement biomédical

La mise en œuvre d'une stratégie nationale efficace de maintenance efficace et efficiente des équipements, infrastructures et équipement biomédical aura un impact sur la qualité des soins et la réduction des coûts des prestations. Une priorité sera accordée à la finalisation, à l'adoption et à la mise en œuvre de la politique nationale de maintenance. La création d'un pool national de maintenance (organisme personnalisé regroupant tous les intervenants des services publics) avec la possibilité de signer des contrats avec des prestataires de service ainsi que la mise en place d'un système d'achats groupés (dans le souci de standardisation) est envisagé avec une réelle implication des biomédicaux dans le processus de passation des marchés.

#### 4.5 Les orientations en matière de développement de la télémédecine

L'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale sera dotée en locaux, ressources humaines, matérielles et financières pour la rendre opérationnelle. Elle élaborera et mettra en œuvre une politique sectorielle TIC et Santé.

#### 4.6 Les orientations en matière de partenariat

Les services du Département s'impliqueront dans le processus de validation et de mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation élaborée sous la direction du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Pour ce qui concerne le secteur sanitaire privé, une étude diagnostique/situationnelle pour évaluer les capacités contributives du secteur privé sera réalisée. Cette analyse fera l'objet de restitution pour servir de base de réflexion et d'étude de collaboration possible entre secteur public et privé. Pour ce faire, un comité de pilotage sera créé par le ministère de la santé et devra être formé pour aider à la réalisation du diagnostic situationnel en vue d'élaborer le document de politique de réforme du secteur privé, y compris les interventions, qui sera validé avant la fin de l'année 2009.

#### 4.7 Les orientations en matière de coopération internationale

Les nouvelles initiatives (Déclaration de Paris, HHA, Compact, Déclaration de Ouagadougou) constituent des opportunités pour renforcer le système sanitaire du Mali. Une attention particulière doit être accordée à la coordination et au suivi de l'ensemble des interventions pour en assurer l'efficacité et l'efficience.

## **5. LES VOILETS DE LA COMPOSANTE SANTE DU PRODESS II**

A titre de rappel, dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS II, le Ministère de la Santé a décidé d'allouer l'enveloppe budgétaire à 7 programmes dans son Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) :

### **Programmes destinés à améliorer la production de santé :**

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

### **Programmes pour créer les conditions de succès de la production de santé :**

- mettre en œuvre la Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche
- renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé pour piloter le système, et mobiliser les ressources humaines, financières et nécessaires à l'amélioration de la production de santé

L'atteinte de ces objectifs nécessitera la mise en œuvre des 7 volets du PRODESS II :

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

**Nota Bene : les stratégies et activités décrites seront mises en œuvre en plus de celles déjà évoquées dans le PRODESS II pour tous les volets aux fins d'un passage à échelle et de consolidation des acquis**



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

### **Effet spécifique du volet :**

L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1<sup>ère</sup> référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté.

### **Stratégies :**

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

- L'extension de la couverture: augmentation du nombre de centres de santé fournissant un paquet de services en stratégie fixe, y compris dans les zones considérées comme « non-viables ». L'ouverture de centres dans les « zones non viables » sera subventionnée par l'Etat
- La stratégie avancée pour les populations vivant à plus de 5km d'un centre de santé fixe avec provision d'un paquet de services avancé visant à réduire la mortalité néonatale, infantile, infanto juvénile et maternelle, la fécondité et la malnutrition
- La stratégie communautaire et mobile polyvalente pour les populations ne pouvant être touchée par la stratégie avancée
- Le renforcement de l'organisation du système de référence/évacuation pour atteindre tous les cercles de la cette zone
- *La mise à échelle des stratégies novatrices porteuses de résultats (SASDE, SOS, Pratiques Familiales Essentielles, Ciwara d'or, ...)*
- *La révision des cadres de référence évacuation au niveau district sanitaire incluant les éléments d'accompagnement de la césarienne gratuite*
- *L'extension de la mise en œuvre de la PCIME dans les structures*
- *L'extension de la mise en place des minis banques de sang dans les structures des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC)*
- *La poursuite de la relance de la distribution à base communautaire des contraceptifs (DBC)*
- *La Poursuite de la mise en place d'un système durable de Gestion des déchets biomédicaux*

### **Extrant 1 :**

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

Les interventions porteront sur la construction et l'équipement de 302 CSCOM supplémentaires se répartissant comme suite : (i) 129 dans la zone1 de pauvreté (Sikasso 25, Mopti 30, Ségou 29, Koulikoro 45) , (ii) 168 dans la zone2 (Kayes 96, Tombouctou 42, Gao 22, Kidal 8) et (iii) 5 dans la zone3 (Bamako).

### **Extrant 2 :**

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

Les 226 CSCOM existants dont 149 CSCOM dans la zone 1, 61 dans la zone 2, et 16 dans la zone 3 seront réhabilités et/ou rénovés, et dotés en équipements complémentaires.

### **Extrant 3 :**

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

Il s'agira de : (i) faire passer la couverture par la stratégie avancée et mobile de 50% à 70% dans la zone2 ; (ii) doter 100% des CSCOM de la zone 1 en moto TT supplémentaire pour la stratégie avancée ;

(iii) doter 100% des districts sanitaires d'un véhicule supplémentaire avec moyens de fonctionnement pour la stratégie mobile ; (iv) renforcer les équipes de cercle de deux infirmiers et d'un chauffeur supplémentaire.

En outre, la stratégie avancée sera privilégiée avec une visite par mois dans les régions où l'accès à moins de 15km est relativement élevé. Ceci nécessitera la dotation d'une moto TT supplémentaire par CSCOM, et la mise à disposition d'1 infirmier supplémentaire.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités à base communautaire, les relais communautaires seront dotés d'une bicyclette en dehors du district de Bamako (2 relais par village dans les régions de Koulikoro, Ségou, Sikasso et Mopti ; un relais par village ou fraction dans les régions de Kayes, Gao, Tombouctou et Kidal).

**Extrant 4 :**

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

Les efforts porteront sur (i) la poursuite et le renforcement de l'établissement de contrat de partenariat entre l'Etat, les Collectivités Territoriales et les prestataires du secteur privé pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA (ii) le renforcement du monitoring (iii) la supervision (iv) la recherche opérationnelle et (v) la fourniture des rapports d'information au SIS des services fournis par ces structures privées.

**Extrant 5 :**

*L'accessibilité géographique en soins de 1<sup>re</sup> référence est améliorée par la disponibilité d'un plateau technique approprié au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence.*

Les interventions porteront sur : (i) la poursuite des travaux de construction et d'équipement district sanitaire de Kignan (Sikasso) en zone 1 de pauvreté, (ii) les études architecturales seront faites en 2008 et les travaux de construction en 2009 des districts sanitaires de Niéna (Sikasso) en zone 1, Séfeto, Sagabari (Kita) et Boutinguise (Kayes) en zone 2 de pauvreté, (iii) le relancement des travaux de construction du district sanitaire de Oussibidiagna (Bafoulabé) en zone 2 de pauvreté, (iv) le renforcement en terme de travaux de génie civil et d'équipements, études architecturales en 2009 des districts sanitaires de Ouelessébougou (Koulikoro) et Markala (études complémentaires) en zone 1 de pauvreté, (v) la construction des districts sanitaires de Yanfolila et de Youwarou à partir de 2009, (vi) les études architecturales du district sanitaire de Tessalit pour 2009 et la réalisation des travaux pour 2010.

**Extrant 6 :**

*L'accessibilité géographique en soins de première référence est améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des systèmes de (contre) référence et d'évacuation.*

Il s'agira de poursuivre et de renforcer l'extension du système de référence et de contre référence dans les 59 Districts sanitaires en matière de communication, de moyens de transport, de prise en charge financière, de continuité des soins et de documentation, d'organisation du système de transport entre les villages et les CSCOM et l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre conceptuel de référence/évacuation entre les CSREF et les EPH.

## VOLET 2 : Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées

### **Effet spécifique du volet :**

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

### **Stratégies :**

Des stratégies seront développées pour améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines essentielles dans le secteur de la santé :

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

### **Extrant 1 :**

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

Les interventions porteront sur (i) la construction/réhabilitation des infrastructures, (ii) l'équipement des bibliothèques, des salles de travaux pratiques, des laboratoires, (iii) le recrutement du personnel enseignant et d'encadrement, (iv) l'accréditation des sites de stages ; (v) la formation des médecins généralistes, pharmaciens, biologistes, odontostomatologues, ingénieurs biomédicaux, ingénieurs sanitaires, (vi) la formation des médecins, pharmaciens, biologistes spécialisés, (vii) le suivi et l'évaluation des CES.

### **Extrant 2 :**

*Les élèves profitent de formation adéquate au cours des stages.*

Les interventions porteront sur la poursuite de l'élaboration d'un guide d'encadrement des stagiaires des écoles en vue d'apporter un appui à l'encadrement des stagiaires et de former des enseignants pour les écoles de santé. Le réseau de lieux de stages sera renforcé à travers une procédure d'accréditation et supervision.

**Extrant 3 :**

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

Il s'agira de poursuivre la révision des curricula de formations existantes et de former les formateurs aux nouveaux curricula. L'accent sera mis sur le recrutement par les établissements sanitaires public et privé des ressources humaines de qualité à travers les interventions suivantes : (i) la disponibilité du personnel qualifié dans les établissements sanitaires, (ii) l'élaboration des normes et procédures de soins, (iii) la formation initiale et continue, (iv) le perfectionnement en télé-enseignement, (v) la gestion et l'organisation des compétences, (vi) la spécialisation du personnel, (vii) le suivi et l'évaluation du personnel dans les établissements sanitaires, (viii) la recherche sur le système d'offre de soins dans les établissements sanitaires, (ix) la qualité des formations et des soins, (x) l'adéquation entre la demande et l'offre par rapport aux besoins de santé, (xi) le traitement des déficits et des déséquilibres (fonctionnels et géographiques), (xii) les stratégies de motivation du personnel, (xiii) le niveau de satisfaction des bénéficiaires, (xiv) le suivi du marché du travail ; etc.

**Extrant 4 :**

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

Les interventions porteront sur la poursuite de la révision de la stratégie nationale de formation continue. Pour cela il s'agira (1) d'élaborer et d'adopter un programme national harmonisé de formation continue basée sur les politiques en cours, (2) de recenser et mettre en place une équipe pluridisciplinaire de formateurs compétents, (3) d'assurer la formation continue du personnel à tous les niveaux. (4) d'initier une réflexion, en rapport avec les acteurs concernés, sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation continue du secteur pharmaceutique.

**Extrant 5 :**

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

Il s'agit de la planification des besoins en personnel de santé à moyen terme et en nouveau personnel à former et recruter par catégorie, en utilisant la banque de données. Les interventions porteront sur (i) l'analyse situationnelle et le recensement exhaustif du personnel du Ministère de la Santé, (ii) la mise en place du système d'information des ressources humaines en santé, (iii) l'élaboration d'un plan d'effectif tenant compte des cadres organiques, (iv) l'élaboration et l'adoption d'un plan de redéploiement et de recrutement.

**Extrant 6 :**

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

Il s'agira de mettre en œuvre des stratégies pour (i) le renforcement institutionnel, (ii) la création de la DRH et de l'observatoire et (iii) le renforcement de la capacité des collectivités territoriales. Les interventions prioritaires porteront sur : (1) l'élaboration et l'adoption des textes législatifs et réglementaires ; (2) la réorganisation du cadre institutionnel de création et de fonctionnement des écoles de formation paramédicale ; (3) la construction des bâtiments de la DRH et de l'observatoire des ressources humaines ; (4) l'équipement de la DRH et de l'observatoire ; (5) la dotation en personnel de la DRH et de l'observatoire conformément au cadre organique ; (6) la formation des élus locaux ; (7) le recrutement du personnel par les collectivités ; (8) la mise en place d'un dispositif de suivi de la qualité de la formation dans les écoles de formation sanitaire ; (9) la réglementation et la coordination des activités de formation des spécialistes dans les instituts universitaires de formation médicale ; (10) la mise en place d'un cadre de partenariat et de collaboration internationale pour garantir la qualité de la formation des ressources humaines. En outre, le Ministère de la Santé analysera les modalités de création d'un système d'inspection technique des enseignements professionnels dans les écoles (à

l'image de ceux de l'Education nationale). Ces inspecteurs sanitaires superviseront et évalueront le travail des enseignants chargés de l'enseignement professionnel dans les écoles.

**Extrant 7 :**

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

Il s'agira d'élaborer et d'adopter une politique nationale d'assistance technique.

**Extrant 8 :**

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

Il s'agira (i) d'élaborer et adopter un programme de spécialisation du personnel, (ii) de renforcer les capacités nationales de spécialisation (CES existants, nouveaux CES et Cycles moyen paramédicaux), (iii) de prendre en charge les frais de spécialisation y compris l'allocation de subsistance au Mali pour cadres supérieurs (CES), (iv) de prendre en charge les frais de spécialisation médicale à l'extérieur et les frais de spécialisation non médicale à l'extérieur.

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

### **Effet spécifique du volet :**

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

### **Stratégies :**

- Le renforcement des capacités des structures de production de médicaments et de contrôle du secteur pharmaceutique ;
- La garantie de la qualité des médicaments et dispositifs médicaux ;
- L'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution des ME, réactifs, vaccins, ARV et consommables médicaux ;
- Le renforcement de la DMT/INRSP à diversifier la recherche dans la mise au point des MTA et la production à large échelle des matières premières végétales ;
- La formation du personnel ;
- L'IEC ;
- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels que les moustiquaires imprégnées, les contraceptifs, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, l'iode, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques antipaludiques et cotrimoxazole) ;
- La subvention des ARV et médicaments pour les infections opportunistes ;
- *La subvention des kits de césarienne ;*
- *La subvention du vaccin pentavalent ;*
- *La subvention des médicaments contre la grippe aviaire ;*
- *La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux ;*
- *La subvention des médicaments anticancéreux ;*
- *La disponibilité des Aliments thérapeutiques ;*
- *La gratuité des CTAs et des MII.*

### **Extrait 1 :**

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

La disponibilité et la subvention des médicaments, vaccins et consommables conformément au SDAME est assurée dans toutes les zones. Tous les sites de prévention et de traitements sont pourvus en médicaments IO, en ARV et en réactifs VIH/SIDA. Les besoins en Kit césarienne, dans le cadre de la gratuité de la césarienne, en moustiquaires imprégnées et CTA, en Aliments thérapeutiques dans le service de santé de la mère et de l'enfant sont satisfaits, ainsi qu'en médicaments anticancéreux sont satisfaits.

Des dispositions seront prises pour la réalisation d'une évaluation du schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables ; et l'élaboration et la mise en place d'un plan d'approvisionnement en réactifs, consommables et petits matériels des laboratoires pour renforcer le système d'approvisionnement.

**Extrait 2 :**

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

Les interventions porteront sur (i) la subvention pour l'achat des ARV et réactifs VIH/ Sida, (ii) la subvention pour l'achat des Kits des contraceptifs y compris les préservatifs et (iii) la subvention pour l'achat des médicaments contre la grippe aviaire.

**Extrait 3 :**

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

Pour améliorer son système de distribution, la PPM construira un magasin à Tombouctou, Gao, Kidal ainsi qu'un entrepôt qui réponde aux normes de sécurité. Les compétences en gestion du personnel seront renforcées. La PPM sera dotée de moyens de transport adéquats pour les approvisionnements des structures de santé.

**Extrait 4 :**

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

Il s'agira de poursuivre et de renforcer les activités relatives au contrôle de qualité des médicaments produits et importés et des dispositifs médicaux.

Des initiatives seront prises par le directeur national de la Santé, les directeurs de la DPM, et du LNS, l'inspecteur en chef et le responsable du CNESS pour une révision des textes relatifs au contrôle de la promotion de la publicité, le contrôle des essais cliniques, l'inspection pharmaceutique.

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

### **Effet spécifique du volet :**

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

### **Stratégies :**

- Le renforcement de la mobilisation sociale et l'IEC ;
- Le subventionnement des médicaments essentiels, moustiquaires imprégnées, condoms ;
- La supervision de la qualité des activités par les infirmiers au niveau des ménages ;
- L'intensification de la recherche active des enfants incomplètement vaccinés afin d'inciter les ménages à assurer la continuité des activités préventives ;
- Le développement de la recherche au niveau opérationnel ;
- L'implication et la participation de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé notamment l'éducation, le développement rural, la promotion de la femme et l'enfant, l'hydraulique, les finances, le développement social et la société civile ;
- La promotion des contrats de performance avec les ASACO et les collectivités décentralisées ;
- Les Contractualisations avec les ONG et associations, les privées et les communes pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- La promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle ;
- Le renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins ;
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux ;
- Le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH ;
- Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins ;
- *La lutte contre les maladies négligées et les maladies émergentes ;*
- *Le renforcement de la gestion des déchets biomédicaux ;*
- *Le renforcement des comportements et pratiques d'hygiène au niveau ménage et communautaire ;*
- *Le développement de la télémédecine ;*
- *Le développement de la maintenance biomédicale des équipements et des infrastructures.*

### **Extrait 1 :**

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

Il s'agira de poursuivre l'élaboration des supports de surveillance intégrée, de renforcer les compétences des équipes régionales et centrales à la surveillance intégrée et de poursuivre de la mise en œuvre de la SIMR. Un accent particulier sera accordé à la poursuite et au renforcement des capacités des acteurs clés et à la participation des ménages, des élus, de la société civile, au renforcement de la surveillance sentinelle et l'intensification de la recherche active des enfants incomplètement vaccinés.



### **Extrant 2 :**

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

Les interventions porteront sur (i) le renforcement de la mobilisation sociale et de la Communication pour le changement de comportement (CCC), (ii) la pérennisation des acquis et le renforcement des services de santé dans les zones défavorisées (iii) l'implication de l'ensemble des acteurs (collectivités décentralisées, élus, ASACO, ONG,...) dans le cadre du financement des activités de vaccination, et (iv) l'accélération du processus de transfert des compétences et des ressources afin de prendre en compte le financement décentralisé des stratégies avancées et mobile de vaccination dans le domaine de la survie de l'enfant de 0 à 5 ans.

**Concernant les maladies posant problèmes de santé publique**, il s'agira de poursuivre et de renforcer les interventions pour réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme, la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans, les diarrhées chez les enfants de moins de 5ans, les IST/VIH/ SIDA, la tuberculose, les schistosomias, l'onchocercose, la trypanosomiase, l'hépatite B, les filarioses lymphatiques.

**Dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA :** Les domaines prioritaires et les stratégies porteront sur le renforcement et la poursuite des stratégies novatrices adaptées aux besoins actuels de la lutte et prenant particulièrement en compte les aspects socioculturels et appliquées dans les domaines ci-après : (i) la prévention, (ii) la surveillance épidémiologique, (iii) l'accès au traitement, aux soins et au soutien, (iv) Ethique ,droits et VIH ; (v) Formation-Etudes et Recherche ; (vi) Mobilisation des ressources (vii) le suivi/évaluation et (viii) le partenariat.

La mise en œuvre de ces stratégies accordera une attention particulière aux pauvres, aux femmes, aux jeunes, aux réfugiés, aux handicapés, à la population carcérale, aux professionnelles du sexe, et aux autres catégories sociales vulnérables au VIH/SIDA.

Les interventions porteront sur (i) la prise en charge globale (médicale, psychosociale, économique et nutritionnelle) des PVVIH, (ii) l'extension des sites intégrés de prise en charge au niveau des CSREF et CSCOM, (iii) la formation du personnel à tous les niveaux sur la prise en charge intégrée du VIH/SIDA, (iv) le renforcement des réseaux locaux de soins : secteur privé, public, société civile y compris les associations de PVVIH , (v) la promotion des stratégies de prévention en particulier le conseil dépistage volontaire et la prévention de la transmission mère enfant , (vi) la lutte contre les IST, (vii) le renforcement de la prévention en milieu de soins/sécurité transfusionnelle, (viii) l'intégration de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA dans le système de soins (PMA), (ix) l'extension de la prise en charge pédiatrique,(x) la plus grande implication de la communauté et du secteur privé dans la prise en charge, (xi) l'intensification des interventions en direction des groupes à risque, (xii) le maintien de la qualité des prestations.

En outre, un accent particulier sera mis sur le renforcement de la Communication pour le changement de comportement (CCC) ; la vulgarisation de la loi sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA et la poursuite de la décentralisation de la prise en charge des PVVIH et des sites PTME au niveau des cercles.

**Dans le cadre de la Lutte contre la tuberculose :** il s'agira de poursuivre et de renforcer la mise en œuvre du plan stratégique national d'expansion de la stratégie DOTS plus 2007-2011, qui vise «l'intégration de la nouvelle stratégie halte à la tuberculose » pour contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose dans le sens de l'atteinte des OMD et de ceux fixés par la stratégie Stop tuberculose. Les interventions porteront sur la mise en œuvre des 6 composantes de la stratégie Halte TB : (i) poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration, (ii ) lutter contre la co-infection TB-VIH contre la TB-MR et s'attaquer à d'autres défis, (iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé, (iv) impliquer tous les soignants, (v) donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir, (vi) favoriser et promouvoir la recherche opérationnelle.

L'accent sera mis sur (i) le renforcement des capacités de prise en charge à travers les supervisions et les monitorages, (ii) les formations et l'extension à d'autres districts sanitaires, (iii) la Communication pour le Changement de comportement, le Plaidoyer et la Mobilisation sociale en faveur de la lutte contre la tuberculose, (iv) le contrôle de qualité des examens de microscopie des crachats sur la base de la relecture des lames dans le réseau de laboratoires du pays.

**Dans le cadre de la lutte contre le paludisme :** Il s'agira de poursuivre la mise en œuvre du plan quinquennal 2007-2011. Il s'inspire fortement de la politique nationale de santé et des stratégies mondiales de lutte antipaludique basées sur le développement d'interventions efficaces en matière de prise en charge (CTAs, TRDs), de prévention (MII, TPI, pulvérisation intra-domiciliaire).

Les interventions s'articuleront autour des orientations stratégiques suivantes :

- Garantir une prévention efficace contre le paludisme pour toutes les populations à risque, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Assurer un traitement efficace, en temps opportun ;
- Réduire l'impact des épidémies de paludisme ;
- Mobiliser un financement viable sur la base des résultats des interventions en révisant à la hausse les contributions du budget national et des partenaires ;
- Intégrer les interventions de lutte antipaludiques à d'autres programmes de santé et à tous les secteurs, en particulier dans les projets de développement agricole et des programmes de l'hygiène de l'environnement ;
- Assurer le renforcement harmonieux, à tous les niveaux, des capacités managériales des parties impliquées dans la lutte antipaludique.

La lutte contre le paludisme reposera sur la prise en charge (CTAs, TRDs), la prévention (MII, TPI, pulvérisation intra-domiciliaire) ; la gratuité des CTAs et des MMI chez les enfants de moins de 5 ans ; le partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile.

Des directives spéciales seront appliquées aux femmes enceintes séropositives et aux autres groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires).

Les interventions prioritaires porteront sur : (i) le renforcement des compétences du personnel des formations sanitaires et communautaires sur la prise en charge des cas y compris sur le diagnostic parasitologique, (ii) l'acquisition des moyens matériels et logistiques suffisants (CTAs, SP, MII, véhicules, fournitures diverses spécifiques pour les laboratoires et la lutte anti-vectorielle) ; (iii) le renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme dans le cadre de la SIMR ; (iv) l'élaboration et la reproduction en quantités suffisantes des outils didactiques et de communication ; (v) la formation du staff PNLN dans les aspects de management de la lutte antipaludique (communication, épidémiologie, paludologie, etc.) ; (vi) la mise en place d'un système de suivi & évaluation de proximité ; (vii) l'amélioration du cadre de collaboration avec les partenaires y compris la société civile et les autres secteurs ministériels. Par ailleurs, des dispositions devront être prises pour doter le PNLN en locaux adéquats et bien équipés.

**Concernant la lutte contre les maladies non transmissibles :**

Les actions visant la prévention et la lutte contre la drépanocytose, le diabète et de l'hypertension artérielle s'articulent au tour des axes suivants : (i) la formation du personnel des CSREF, (ii) le renforcement de la surveillance épidémiologique, (iii) la recherche-action, (iv) la mise en œuvre d'un plan de communication, et (v) le renforcement du partenariat.

**En matière de santé mentale,** il s'agira de mettre en œuvre la politique nationale de santé mentale axée sur la réaffirmation des droits fondamentaux de l'être humain en matière de santé. Les interventions porteront sur (i) la promotion de la santé mentale ;(ii) la mise en place des services de soins à l'intention des groupes vulnérables et à haut risque ( enfants, femmes, personnes âgées, toxicomanes, déficients mentaux) ; (iii) la prévention des problèmes liés à l'abus de l'alcool et des substances psycho actives ( tabac, alcool, drogues et autres) chez les jeunes ;(iv) les prestations de soins de santé mentale également assurées par des non spécialisés ; (v) la formation appropriée aux problèmes de santé mentale et aux questions psychosociales pour les personnels de santé et (vi) l'introduction obligatoire de l'accompagnement dans la prise en charge du patient souffrant de troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

**Concernant les maladies à éliminer :**

**Dans le cadre de la Lutte contre la lèpre,** il s'agira de poursuivre et de renforcer les interventions afin de maintenir le seuil d'élimination inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants.

### **Concernant la lutte contre les Maladies tropicales négligées**

La mise en œuvre du Plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) 2007-2011 sera poursuivie. Les stratégies prioritaires retenues portent sur (i) la campagne de chimiothérapie de masse intégrée des populations à risque contre les MTN ; (ii) la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ; (iii) la formation intégrée du personnel socio sanitaire et des relais communautaires ; (iv) l'approvisionnement en médicaments des structures impliquées ; (v) le suivi/supervision /évaluation des activités ;(vi) l'appui institutionnel.

- **Dans le cadre de la Lutte contre le trachome et les maladies cécitantes**, il s'agira de poursuivre et de renforcer (i) le traitement des séquelles ; (ii) la formation du personnel en soins oculaires de base ; (iii) la formation des médecins et infirmiers spécialisés en chirurgie du trichiasis, la création et l'équipement des unités de soins oculaires dans les CSREF ; (iv) l'application de la stratégie CHANCE ; (v) la dotation en médicaments spécifiques (azithromycine) ; (vi) le renforcement de la mobilisation sociale et de la surveillance épidémiologique ; (vii) la poursuite de l'opération Milagro (prise en charge gratuite de la cataracte dans le cadre de la lutte contre la cécité).
- **Dans le cadre de la lutte contre la Filariose lymphatique**, le traitement des villages sous TIDC sera renforcé.
- **Dans le cadre de la lutte contre les Géo helminthiases et la schistosomiase**, il s'agira de procéder (i) au re-traitement contre les schistosomiasés dans les régions de Ségou, Mopti, Koulikoro, Bamako, Kayes et la zone sanitaire de Selingué ; (ii) au traitement au Praziquantel dans les zones hyper endémiques des régions de Tombouctou et Gao.
- **Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose**, il s'agira de poursuivre les TIDC, renforcer les capacités des services et la surveillance entomologique.

### **Concernant les maladies à éradiquer :**

- **Concernant la Lutte contre la Dracunculose (ver de guinée)**, il s'agira de poursuivre et renforcer (i) la détection précoce et l'isolement des cas de Ver de Guinée ; (ii) l'intensification de l'application de l'Abate pour traiter les mares ; (iii) la distribution de filtres et tamis aux populations nomades ; (iv), la réalisation de nouveaux forages dans les régions de Mopti et Gao pour améliorer l'approvisionnement en eau potable des populations.
- **Concernant la poliomyélite (PFA)**, il s'agira de poursuivre (i) les campagnes nationales synchronisées de vaccination ; (ii) la vaccination des enfants de 0 à 11 mois en centres fixes , en stratégies avancées et en équipes mobiles simplifiées ; (iii) la recherche active des enfants.

### **Maladies émergentes:**

Les stratégies appropriées de lutte qui associeront, la lutte médicale contre la maladie et la promotion d'activités préventives seront développées et mises en œuvre avec le concours de la société civile (ONG, Associations, fondations et privés).

**Dans le cadre des soins bucco dentaires**, il s'agira de poursuivre la mise en œuvre du plan stratégique de santé bucco-dentaire 2004- 2008 dont les axes stratégiques sont : (i) le renforcement des capacités du personnel de santé des structures sanitaires à la détection précoce et à la prise en charge efficace des affections bucco-dentaires ; (ii) l'extension de la couverture géographique et sanitaire en matière de santé bucco-dentaire ; (iii) la Communication pour le Changement de Comportement des populations en faveur de la santé bucco-dentaire ; (iv) le renforcement du partenariat dans la prévention et la lutte contre les affections bucco-dentaires ; (v) l'intégration de la surveillance épidémiologique des affections bucco dentaires dans le système de surveillance épidémiologique existant ; (vi) le développement de la Recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

**Dans le cadre de la lutte contre le cancer**, les interventions visent la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au cancer, et l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui sont atteintes par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégies de prévention, de détection précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs. La Politique nationale de prévention et de prise en charge des cancers au Mali sera finalisée et mise en œuvre. Les axes stratégiques de cette politique s'articulent autour de (i) la prévention des cas ; (ii) la détection précoce des cas ; (iii) la prise en charge globale des cas ; (iv) la formation des intervenants ; (v) la promotion de la recherche ; (vi) la gestion, la coordination et le partenariat.

Il est prévu la construction d'un centre d'oncologie et de radiothérapie à l'hôpital du Point G dont les études architecturales et techniques sont en cours.

Par ailleurs, il est envisagé la dynamisation du partenariat hospitalo-universitaire dans le cadre de la coopération Sud- Sud (ex. Maroc, Tunisie).

#### **Concernant le développement de la télémédecine :**

L'introduction des TIC dans le système sanitaire malien, permettra d'améliorer de façon significative l'offre et la qualité des soins, l'efficacité de la gestion des institutions de santé, la maîtrise des épidémies, la surveillance des maladies endémiques comme le paludisme, l'alerte précoce, les campagnes de vaccinations.

Le Département doit élaborer et mettre en place la politique sectorielle TIC et Santé. Les interventions prioritaires porteront sur (i) la création d'un service public dédié au développement de la télé santé et informatique médicale ; (ii) la formation de personnel spécialiste en télé santé et des prestataires de santé ; (iii) la mise en place des infrastructures/équipements ; (iv) l'élaboration des directives.

**Concernant le renforcement de l'hygiène publique et de la salubrité,** il s'agira de (i) renforcer la prévention des infections nosocomiales dans les formations sanitaires ; (ii) poursuivre la mise en place d'un système durable de Gestion des déchets biomédicaux ; (iii) renforcer la surveillance et le contrôle de la qualité de l'eau de boisson notamment dans les zones rurales et péri urbaines ; (iv) de promouvoir des comportements et pratiques d'hygiène en matière d'hygiène de l'eau, des aliments et de l'habitat notamment (la javellisation, le lavage des mains au savon à la sortie des toilettes, l'utilisation et l'entretien des latrines) ; (v) d'intensifier les campagnes de pulvérisation intra domiciliaire contre les vecteurs de paludisme ; (vi) promouvoir les latrines familiales dans le cadre de la lutte contre le péril fécal en milieu rural et péri urbain en particulier les dalles SANPLAT.

#### **Médecine traditionnelle**

L'organisation des thérapeutes traditionnels en association va se poursuivre dans les régions et les cercles pour une meilleure coordination des actions entreprises dans le domaine de la production et de la diffusion des médicaments traditionnels améliorés. L'évaluation des activités des thérapeutes traditionnels et les rencontres avec la Fédération Malienne des Tradi-Thérapeutes (FEMATH) permettront une amélioration de la qualité des services et un renforcement de la collaboration avec les services de santé.

#### **Concernant le développement de la maintenance biomédicale des équipements et des infrastructures :**

La Politique de maintenance des infrastructures et des équipements du secteur de la santé vise le développement des mécanismes de pérennisation des actions pour une meilleure disponibilité des dispositifs médicaux, de la logistique, du matériel d'exploitation du système de santé. Les grands axes stratégiques s'articulent autour de (i) la création au niveau central d'une structure efficace qui permette d'assurer la fonction de coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements du secteur de la santé ; (ii) l'élaboration et l'application des textes règlementant l'implantation, l'importation et la commercialisation des équipements biomédicaux ; (iii) du développement et le renforcement des compétences chargées de la maintenance des infrastructures et équipements techniques ; (iv) du développement d'un système d'information sur la maintenance ; (v) renforcement du partenariat avec le secteur privé pour la maintenance des équipements d'exploitation, de la logistique et des travaux d'entretien ; (vi) de l'application du plan d'aménagement des infrastructures sanitaires ; (vii) du suivi et l'évaluation de la politique de maintenance.

#### **Extrait 3 :**

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

Les interventions prioritaires porteront sur le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dans toutes les structures de santé fonctionnelles à travers :

- La réhabilitation et la rénovation 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, banques de sang) ;
- La mise en place d'équipement adéquat dans les structures SONUB et SONUC ;
- L'approvisionnement régulier des structures de référence en kits césariennes ;
- L'approvisionnement régulier des structures SONUB et SONUC en médicaments d'urgences et consommable ;
- Le renforcement des compétences ;
- La supervision du personnel ;
- Le renforcement du monitoring semestriel des activités de SMNI en intégrant les nouveaux aspects ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire avec la prise en compte d'indicateurs spécifiques de santé maternelle et néonatale ;
- L'institution des audits des décès maternels et néonataux dans l'ensemble des structures SONU ;
- L'initiation de la recherche action dans le domaine de la santé néonatale (méthode Kangourou, gestion de l'asphyxie dans la communauté, PCIME Communautaire, SONU communautaire).

**Extrant 4 :**

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

Les interventions porteront sur : (i) le renforcement du plateau technique ; (ii) le développement et la gestion des ressources humaines ; (iii) l'application des normes et techniques standard ; (iv) la supervision ; (v) la formation continue ; (vi) le développement de la recherche action ; (vii) le renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins et (viii) la sécurité transfusionnelle à tous les niveaux.

**Extrant 5 :**

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

Dans le cadre de la SR, les interventions prioritaires porteront sur (i) le renforcement de la coordination et du partenariat ; (ii) le renforcement des structures et organisations de la société civile ; (iii) le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dans toutes les structures de santé fonctionnelles ; (iv) le renforcement du Système de Référence / évacuation ; (v) le renforcement du système local d'information sanitaire ; (vi) le développement des ressources humaines en matière de SMNI ; (vii) l'intensification des activités de planification familiale dans les structures de santé et dans la communauté ; (viii) l'extension de la PTME à toutes les structures offrant des services de SONE ; (viii) le renforcement des mécanismes de financement alternatif (caisse de solidarité, mutuelle, FAM, AMO ,...); (ix) le plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la santé maternelle et néonatale

Dans le cadre de la santé maternelle, les interventions seront celles qui sont indispensables pour accroître l'accès à la santé de la reproduction à travers le planning familial, les soins prénataux, les urgences obstétricales et la prise en charge des IST.

Dans le cadre des stratégies et activités du PEV, l'accent sera mis sur (i) le renforcement de la mobilisation sociale et de la Communication pour le changement de comportement (CCC) ; (ii) la pérennisation des acquis et le renforcement des services de santé dans les zones défavorisées ; (iii) l'implication de l'ensemble des acteurs dans le financement des activités de vaccination et sur l'accélération du processus de transfert des compétences et des ressources et de relecture de textes (afin de prendre en compte le financement décentralisé des stratégies avancées et mobile de vaccination). En outre, il s'agira aussi d'initier la mise en œuvre, en plus des stratégies de PEV de routine, des approches novatrices pour assurer la couverture de toutes les personnes ciblées.

**Extrant 6 :**

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

Les interventions prioritaires porteront sur : (i) le renforcement de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements sanitaires ; (ii) la poursuite de la mise en place d'un système durable de Gestion des déchets biomédicaux ; (iii) le renforcement de la surveillance et le contrôle de la qualité de l'eau de boisson notamment dans les zones rurales et péri urbaines ; (iv) la promotion des comportements et pratiques d'hygiène en matière d'hygiène de l'eau, des aliments et de l'habitat notamment (la javellisation, le lavage des mains à la sortie des toilettes, l'utilisation et l'entretien des latrines) ; (v) la dynamisation des inspections sanitaires dans le cadre de l'Hygiène de l'habitat et des établissements classés (maisons d'habitation, écoles, établissements préscolaires, services publics, établissements pénitenciers, espaces publics etc.) ; (vi) le renforcement de la prévention et l'investigation des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) dans le cadre de l'hygiène de la restauration collective ; (vii) le renforcement de la prévention des intoxications liées aux substances chimiques ; (viii) l'appui aux activités de désinsectisation et de dératisation dans les communes urbaines ; (ix) la Promotion des latrines familiales dans le cadre de la lutte contre le péril fécal en milieu rural et péri urbain en particulier les dalles SANPLAT ; (x) le renforcement de la sécurité sanitaire des aliments.

**Extrant 7 :**

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

Il s'agira de poursuivre et de renforcer les activités de supervision de façon trimestrielle au niveau de l'ensemble des CSCOM. La supervision est essentielle pour assurer la formation continue avec comme objectif l'amélioration de la qualité des services de santé.

Par ailleurs, le monitoring/micro planification sera effectif dans 100% des CSCOM avec l'appui des équipes socio sanitaires de cercle qui assureront la supervision trimestrielle de l'ensemble des CSCOM fonctionnels. Il s'effectuera par la récolte des informations au niveau CSCOM et ménages ; l'analyse approfondie de ces informations et la prise de décision.

**Extrant 8 :**

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

La rencontre des représentants de la communauté sera recherchée lors des supervisions la communauté étant le premier bénéficiaire des services prestés par le niveau supervisé. Les élus et les représentants de la société civile bénéficieront d'informations/formation pour leur participation effective dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé.

**Extrant 9 :**

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

Il s'agira de renforcer les dispositions pour assurer la disponibilité des médicaments du panier au niveau des CSCOM ; éviter les ruptures de stock des kits d'urgence obstétricale au niveau des CSREF et réalisées des sessions de formation sur la rationalisation de la prescription.

**Extrant 10 :**

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

Il s'agira de renforcer et poursuivre la collaboration intersectorielle et la collaboration avec les prestataires du secteur communautaire et du secteur privé à travers l'établissement des contrats de performance et monitoring à base communautaire, la formation des prescripteurs, ...

**Extrant 11 :**

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

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

**Extrait 12 :**

*Les soins de santé préventifs et promotionnels communautaires ont été rapprochés jusqu'au niveau des ménages.*  
Il s'agira de poursuivre les stratégies centrées autour des interventions concourant au changement de comportement, la protection du revenu et l'amélioration de la participation des plus pauvres, des femmes et des jeunes au développement sanitaire du district. Elles porteront sur (i) l'utilisation de condoms chez les 15-49 ans ( 20% à 50% en zone 1, de 15 à 25% en zone 2 et de 35 à 70% en zone 3) ; (ii) la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à 80 % de femmes enceintes, de nouvelles accouchées et d'enfants de 1 à 5 ans ; et (iii) le traitement de la diarrhée par la SRO ou par la solution salée sucrée ( de 67% à 80% en zone1 et de 46 à 75% en zone 2).

**Extrait 13 :**

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

Il s'agira de mettre en œuvre le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) dans ses composantes 5, 6 7 et 8 , relatives respectivement à l'amélioration des pratiques de récupération des enfants malnutris, à la promotion nutritionnelle et à la lutte contre les carences en micronutriments. Les interventions spécifiques à mener pour l'atteinte de ces objectifs sont fonction du niveau d'offre de service et des catégories de prestataires et s'articulent autour des volets suivants : (i) la Communication pour un Changement de Comportement ; (ii) les actions essentielles en nutrition ; (iii) l'allaitement et promotion des bonnes pratiques alimentaires du Nouveau Né et de l'enfant ; (iv) la promotion de la nutrition de la femme ; (v) les déséquilibres nutritionnels ;(vi) la promotion d'un bon état nutritionnel ; (vii) la gestion en nutrition.

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

### **Effet spécifique du volet :**

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

### **Stratégies :**

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

### **Extrait 1 :**

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

Il s'agira de mettre en application les textes relatifs à la gratuité notamment le décret 02-311, relatif aux personnes âgées et autres cibles bénéficiaires. Par ailleurs, il faudra poursuivre le développement du mécanisme de tiers payant et protéger le revenu des ménages, le renforcement et l'extension de la caisse de solidarité pour le soutien de la référence évacuation.

### **Extrait 2 :**

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

Les secteurs public et communautaire seront les seuls bénéficiaires de cette subvention. Les interventions prioritaires porteront essentiellement sur :

- Les consommables promotionnels tels les moustiquaires imprégnées et les condoms : pendant une période de 3 ans une moustiquaire sera distribuée gratuitement à chaque femme effectuant une deuxième CPN et chaque femme accouchant dans un CSCOM ; les préservatifs seront distribués gratuitement aux professionnels du sexe, aux séropositifs, dans les casernes, aux syndicats de routiers et aux prisonniers.
- Les possibilités de subvention de médicaments essentiels à visée pédiatrique, une liste de maladies a été retenue notamment le paludisme, les IRA et la diarrhée.
- Le conditionnement vrac seul est retenu pour la subvention ; pour le sirop et suspension, compte tenu des conditions de conservation et les délais d'utilisation limités, la préférence sera donnée à la forme comprimée autant que possible.



- Le secteur public et communautaire sera les seuls bénéficiaires de cette subvention.
- Les différents niveaux pour la subvention sont les dépôts répartiteurs de cercles (DRC) et les dépôts de vente (DV)
- Le principe de non gratuité peut être maintenu par la diminution du prix d'un nombre limite de médicaments essentiels,
- Pour privilégier une option une étude s'avère nécessaire d'autant plus qu'il a été constaté que le système de ME dégage beaucoup d'excédents qui ne sont pas toujours utilisés à souhait. Cette étude permettra de mieux apprécier la proportion dans laquelle le coefficient multiplicateur actuel peut être revu à la baisse.
- Un fonds d'aide médicale pour les Soins obstétricaux d'urgence (SOU) et pour les enfants malades sera mis en place dans deux aires de santé par région pour la recherche action.

**Extrait 3 :**

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

Il s'agira de poursuivre la mise en œuvre des mécanismes de financement alternatif de la santé à travers le développement de mutuelles de santé. Les textes relatifs aux différentes formes de financement de la santé qui sont le Fonds d'assistance médicale (FAM), l'assurance médicale obligatoire (AMO) et l'assurance médicale volontaire (AMV) seront appliqués. Un plan de communication et d'information sur ces mécanismes de financements alternatifs sera mis en œuvre en direction des populations.

**Extrait 4 :**

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

Les interventions prioritaires porteront sur la révision des systèmes de tarification dans les services publics et associatifs pour les activités de santé essentielles, le système de recouvrement de coût ; des études seront réalisées sur la viabilité du système et faire de la recherche action.

**Extrait 5 :**

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

Les interventions porteront sur le renforcement de la mobilisation sociale pour soutenir la demande, augmenter l'utilisation des établissements de soins et la participation des bénéficiaires.

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

### **Effets spécifiques du volet :**

Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres. Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.

Ce programme vise à améliorer la performance des hôpitaux en relation avec l'environnement et le reste du système de soins.

### **Stratégies :**

- Disponibilité et amélioration de la qualité des soins ;
- Développement du système de référence et de contre référence ;
- Organisation de la formation initiale et continue ;
- Participation à la résolution des problèmes de santé publique ;
- Renforcement du cadre institutionnel des établissements hospitaliers et spécialisés ;
- Amélioration du cadre gestionnaire des hôpitaux et des établissements spécialisés ;
- *Amélioration de la qualité de la recherche ;*
- *Amélioration de la participation des établissements spécialisés à la formation ;*
- *Amélioration du contrôle de qualité des produits.*

### **Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)**

#### **Extrant 1 :**

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

Les interventions prioritaires porteront sur la révision des supports du système d'information hospitalière et la formation des agents pour la collecte et le traitement des données.

#### **Extrant 2 :**

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

Dans le domaine de la tarification des actes, il s'agira d'appliquer le décret 02-311 du 04 juin 2002 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé ; et le plan comptable hospitalier et la formation du personnel à son utilisation. Des études seront réalisées pour identifier les mécanismes d'accès financier appropriés au niveau des Etablissements Hospitaliers et autres Etablissements de Recherche.

#### **Extrant 3 :**

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

Dans le cadre de la mise en oeuvre des projets d'établissement, les interventions prioritaires porteront sur (i) la poursuite des travaux d'extension de l'hôpital du Point G (centre de radiothérapie et d'oncologie, centre antipoison et de toxicologie, l'institut de cardiologie, l'unité de transplantation rénale et le centre des grands brûlés) ; de l'hôpital Gabriel TOURE ; de l'Hôpital de Kati ; du Centre National d'Odonto Stomatologie (CNOS ; de l' IOTA (administration et unité d'ophtalmologie pédiatrique) ; (ii) le renforcement du fonctionnement hors salaires du CNAM, INRSP, LNS, ANSSA, CREDOS, CNTS et (iii) l'acquisition d'ambulances médicalisées pour les EPH.

**Extrant 4 :**

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

Les interventions prioritaires porteront sur (i) le renforcement de l'accueil et la qualité des soins ; (ii) la mise en place ou la dynamisation des comités techniques d'hygiène et de sécurité ; (iii) la prise en charge des cas référés. Elles prennent en compte, le renforcement des hôpitaux existants en bâtiments, équipements et personnel ; la mise en place des systèmes de gestion des déchets bio médicaux (achat d'incinérateurs) ; la construction et l'équipement du nouvel hôpital de Bamako (Yrimadio), de Mopti ; la poursuite des travaux de l'hôpital de Sikasso ; la contractualisation.

**Extrant 5 :**

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

Les interventions en matière de maintenance au niveau des hôpitaux porteront sur l'organisation de la fonction de maintenance des infrastructures et des équipements ; le renforcement des capacités des structures en charge de la maintenance des infrastructures et des équipements ; l'offre des prestations efficaces et efficientes de maintenance ; la formation et le renforcement des compétences du personnel en charge de la maintenance et le renforcement du financement des activités de maintenance.

**Extrant 6 :**

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

L'implication des hôpitaux dans la formation et la supervision des agents des CSREF et les établissements privés sera renforcée.

**Les Autres Etablissements de Recherche**

**Extrant 7 :**

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

Les interventions porteront sur l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale de recherche en santé (PNRS), la définition de lignes directrices de la recherche, l'élaboration de projets prioritaires. Les actions s'articuleront autour de la mise en place un mécanisme approprié pour assurer un financement adéquat, une coordination efficace et une gestion efficiente de la recherche ; du renforcement des capacités nationales de recherche en santé ; de la promotion l'utilisation des résultats de la recherche pour résoudre les principaux problèmes de santé ; du développement du partenariat de la recherche en santé au plan national et international ; et de la mise en place un système de suivi et évaluation.

**Extrant 8 :**

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

Il s'agira de poursuivre et développer des procédures pour la validation des résultats d'études, leur diffusion et pour l'évaluation de l'impact des recherches dans la résolution des problèmes de santé.

**Extrant 9 :**

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

L'accent sera mis sur la mise en application du document de politique nationale de transfusion sanguine et de son plan d'action afin d'assurer la disponibilité des produits sanguins et la sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux et les CSREF

**Extrant 10 :**

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

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

**Extrant 11 :**

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

Au niveau du LNS, les interventions prioritaires doivent porter sur la construction d'une animalerie et d'un laboratoire de contrôle de qualité des produits biologiques et vaccins, la finalisation de l'informatisation, la finalisation du processus d'accréditation.

**Extrant 12 :**

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

Il s'agira de procéder à la relecture des textes régissant pour redéfinir les missions du CNESS. Les études et recherches seront renforcées à tous les niveaux. Un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités, la coordination, la dissémination et l'utilisation des résultats.

**Extrant 13 :**

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

Les actions viseront le renforcement des infrastructures (réhabilitation des anciens bâtiments, construction de nouveaux bâtiments, dotation en équipements et logistique roulante et informatique) ; et la mise en œuvre des plans d'action de recherche des établissements de recherche.

**Extrant 14 :**

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

Il s'agira de poursuivre les mesures de renforcement des locaux du CNESS (réhabilitation, dotation en équipements et logistique roulante et informatique) et compléter l'effectif du comité pour lui permettre d'assumer ses missions.

## VOLET 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation

### **Effets spécifiques du volet :**

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

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

Ce programme vise à mettre en place une formule d'allocation régionale privilégiant les pauvres, à développer les ressources humaines et à améliorer le pilotage du système de santé.

### **Stratégies :**

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

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

- Le financement du secteur santé prend plus qu'auparavant en compte les besoins des plus pauvres :
  - L'allocation équitable des ressources financières, humaines et matérielles sur la base des besoins et des performances en ciblant les régions et les groupes socio-économiques défavorisés ;
  - L'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que le prix des services Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
  - L'augmentation de la subvention publique aux régions et groupes les plus vulnérables ;
  - *La subvention de la gratuité de la césarienne, des moustiquaires imprégnées, des CTA (voir volet 5) ;*
  - La participation des communes au financement de la santé à au moins 15% de leur budget ;
  - L'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti rétro-viraux (prise en charge gratuite des PVVIH voir volet 5) ;
  - Le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources complémentaires au secteur de la santé aux niveaux interne et externe.
- La mise en œuvre de la réforme en matière de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé notamment à travers :
  - La régionalisation des écoles de formations professionnelles de santé ;
  - Le soutien à la formation du personnel paramédical du secteur privé ;
  - La poursuite de la mise en œuvre du système de contractualisation du personnel de la santé au niveau des communes ;
  - L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines ;
  - La création d'une direction des ressources humaines.
- La lutte contre la pauvreté inclut un meilleur équilibre entre la dynamique de la population et le développement économique et social. Cet équilibre passe par les stratégies suivantes :
  - L'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement ;
  - La réduction des inégalités et le respect du genre dans les politiques de développement ;
  - L'amélioration de la coordination intra et intersectorielle de la mise en œuvre des programmes de population ;

- Le renforcement de la lutte contre la malnutrition à travers la mise en œuvre des actions essentielles de nutrition, la lutte contre les TDCl, la lutte contre l'avitaminose A et la carence en fer, l'organisation de la SIAN ;
- Le renforcement des mesures de prévention contre le VIH/SIDA en ciblant les groupes de population les plus exposés aux facteurs de risque notamment, les jeunes et adolescents, les routiers, les professionnels du sexe, les migrants, les porteurs d'uniforme, les guides touristique, les touristes, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH.
- L'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système :
  - La maîtrise et connaissance du système de santé ;
  - Le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc. ;
  - Le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc. ;
  - L'amélioration de l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification ;
  - L'amélioration de la gestion du SNIS et du système local d'information sanitaire (appui budgétaire, CSLP, PRODESS II) ;
  - L'amélioration de l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires ;
  - La création d'une cellule d'appui à la mise en œuvre de la décentralisation dans le domaine de la Santé ;
  - La création d'une cellule d'appui au développement des ressources humaines ;
  - La coordination et l'évaluation du PRODESS en impliquant les autres acteurs ;
  - Le monitoring et la rentabilité du travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, hydraulique environnement, etc.) ;
  - La coordination et le suivi de la mise en œuvre du volet santé population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP ;
  - La promotion de la contractualisation entre les différents services du Ministère de la Santé ;
  - L'amélioration de la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG ;
  - La promotion de la redevabilité des établissements de santé, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations ;
  - L'étude de la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs.

#### **Extrait 1 :**

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

L'accent sera mis sur la mise en œuvre des activités de planification, d'organisation, d'adapter l'environnement institutionnel et réglementaire au contexte de la décentralisation par la mise en œuvre d'un plan détaillé de transferts de compétences et de ressources aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé et la formation sur la Décentralisation dans le secteur de la santé.

La mise en place de la Cellule d'Appui à la Décentralisation/ déconcentration du Ministère de la Santé est une opportunité pour accélérer le processus de transfert des compétences et des ressources et de relecture de textes en collaboration avec les Ministères en charge de l'Administration Territoriale, des finances et de la fonction publique.

Des concertations seront organisées entre les différents acteurs (collectivités territoriales, agents de l'Etat) pour permettre une impulsion des ressources humaines pour l'atteinte des objectifs, un contrôle et une évaluation des réalisations pour prendre les mesures de correction adéquates.

#### **Extrait 2 :**

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

Il s'agira de poursuivre et de renforcer l'améliorer la participation des communautés, en accordant une attention particulière au renouvellement des comités et à la représentativité des femmes et des jeunes ; la gestion des ressources (humaines, financières et matérielles) des ASACO ; la collaboration entre les services techniques de l'Etat et les collectivités territoriales dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de développement des collectivités territoriales ; le contrôle de gestion des ASACO par les maires et le représentant de l'Etat.

**Extrant 3 :**

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

Les interventions porteront sur (i) la poursuite et le renforcement des capacités des communautés ;(ii) la promotion des contrats de performance et de monitoring entre les représentants des collectivités, des communautés organisées, des ONG et des structures de l'Etat (rôle, responsabilités, indicateurs de performance) ; (iii) l'appui à la formation des associations des groupes spécifiques (alphabétisation, poste alphabétisation, gestion, ...).

**Extrant 4 :**

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

Il s'agira de (i) réaliser des études sur l'accessibilité financière des prestations de soins essentiels par région ; (ii) promouvoir l'utilisation du fonds d'assistance Médicale (FAM), la mutualité, l'assurance maladie obligatoire (AMO) en collaboration avec le département chargé de la solidarité ; (iii) développer des mécanismes de subventions aux zones et groupes les plus défavorisés.

**Extrant 5 :**

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

Les interventions porteront sur (i) la poursuite et le renforcement de l'approche communautaire et la mobilisation sociale notamment l'utilisation des relais communautaires, des accoucheuses traditionnelles formées et supervisées ; (ii) la réalisation d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP), sur la perception des usagers et sur l'utilisation des services de santé ; (iii) l'élaboration et la mise en œuvre de plans intégrés de communication.

**Extrant 6 :**

*La réforme et renforcement des DRS et des CSREF en cours de planification, a été exécutée.*

Les textes relatifs à la restructuration des directions régionales de santé et des districts sanitaires seront adoptés et appliqués.

**Extrant 7 :**

*Le SLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche action contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.*

Les interventions seront axées sur (i) la poursuite et le renforcement de la mise en œuvre de la politique nationale de recherche en santé ; (ii) le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, ...) ; (iii) le renforcement des capacités d'intervention du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la Vie.

**Extrant 8 :**

*La collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisée et efficace.*

Il s'agit de renforcer la collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements pour la mise en oeuvre des activités sur le terrain.

**Extrant 9 :**

*Des mécanismes/outils ont été développés au niveau central pour mieux assurer l'accessibilité financière des couches défavorisées aux soins de santé.*

Le développement des stratégies d'accessibilité financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la révision des systèmes de tarification.

**Extrant 10 :**

*La disponibilité en ressources aux différents niveaux déconcentrés du système de santé est assurée.*

Les efforts permettront d'augmenter les ressources du secteur santé et assurer la mobilisation effective des ressources des Partenaires Techniques et Financiers conformément aux dispositions des accords et conventions établis.

**Extrants 11 et 12:**

*Les outils pour la prise en charge adéquate des maladies prioritaires sont élaborés et adoptés.*

Il s'agit de (i) poursuivre d'une part l'application des textes, normes, outils et règlements portant sur l'organisation des soins et d'autre part l'appui pour l'amélioration de l'utilisation, de la performance et de la qualité des services de santé en priorisant le renforcement du plateau technique des établissements sanitaires ; (ii) le subventionnement des consommables essentiels ; (iii) le développement de la collaboration intersectorielle ; (iv) la supervision intégrée par les équipes de cercle, de région et du niveau central ; (v) le renforcement du système de contrôle de qualité des médicaments ; (vi) le développement des aspects de prise en charge centrée sur la personne (médicale, psychosociale et économique) et de l'assurance qualité dans la formation de base et continue ; (vii) l'accréditation des établissements de soins en fonction des normes de qualité ; (viii) la promotion des contrats de performance avec les acteurs privés et des autres départements sectoriels basé sur les résultats ; le monitoring et micro planification au niveau des aires et à base communautaire ; (ix) l'organisation de la permanence des services à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire ; (x) le renforcement de la sécurité transfusionnelle et de la sécurité des services de soins.

**Extrant 13 :**

*Le SNIS est perfectionné et les activités de recherche sont mieux ciblées, coordonnées, et validées, les résultats sont diffusés et l'exploitation des résultats est assurée.*

En ce qui concerne la recherche il s'agira d'apporter un appui à la production des supports additionnels (structures privées) du SIS, à la révision technique des logiciels (DESAM, HEALTH MAPPER, etc.) et à la formation des chargés de SIS.

**Extrant 14 :**

*La mise en place de stratégies alternatives pour l'extension de la couverture géographique en soins primaires est facilitée.*

La mise en œuvre des stratégies alternatives pour l'extension de la couverture géographique en soins sera poursuivie et renforcée.

**Extrant 15 :**

*Les services centraux, les services rattachés et les services personnalisés sont mieux organisés et assument leur rôle et mission.*

**Le Secrétariat Général (SG) :**

Les interventions porteront sur le renforcement des capacités d'intervention du Secrétariat Général ; et le développement du partenariat pour la mise en œuvre du PRODESS. Une attention particulière sera accordée au développement de l'« E Gouvernement » aux fins d'une amélioration de la coordination des interventions.

**La Direction de la pharmacie et du médicament (DPM) :**

Des dispositions seront prises pour (i) permettre à la DPM d'utiliser les recettes générées lors du processus d'enregistrement des produits pharmaceutiques en vue de conduire les différentes expertises nécessaires pour une meilleure garantie de la sécurité sanitaire des populations ; (ii) mettre en place d'une régie de recettes à la DPM recommandée par le Contrôle Général des Services Publics pour sécuriser les recettes générées ; (iii) doter la DPM de nouveaux équipements et infrastructures pour mieux assumer son rôle et sa mission. Une attention sera accordée au suivi de la qualité après autorisation de mise sur le marché.



Il conviendrait d'approfondir la réflexion sur la directive de l'OMS relative à la création d'une agence nationale de réglementation pharmaceutique (ANRP) qui devrait permettre aux états membres de maîtriser la qualité des médicaments entrant et consommés dans le pays et aussi avoir une responsabilité sur les médicaments produits et/exportés vers d'autres pays.

La Direction Nationale de la Santé (DNS) :

Il s'agira d'accélérer l'adoption des textes de restructuration ; de poursuivre et de renforcer les missions de la Direction nationale de la santé notamment (i) l'élaboration des normes et procédures dans les domaines de sa compétence, (ii) la coordination, (iii) la supervision intégrée et le monitoring, (iv) l'appui conseil et le contrôle des services régionaux et des services rattachés.

L'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) :

Il s'agira de renforcer la formation initiale et les capacités de production de l'INFSS ; poursuivre la révision du cursus de formations ; renforcer le matériel didactique et veiller à augmenter les effectifs de formateurs, les motiver et assurer leur recyclage continu.

La création d'un centre d'examen et de concours autonome permettra à l'institut de mieux se consacrer aux activités pédagogiques.

La Direction administrative et financière (DAF) :

Les interventions porteront sur (i) la poursuite de la mise en œuvre du plan de renforcement de capacités de la DAF dans ses quatre composantes (renforcement institutionnel, renforcement des compétences des agents, appuis techniques, renforcement des moyens d'intervention) ; (ii) la poursuite de la participation de la DAF aux différentes supervisions conjointes, les supervisions comptables ; (iii) la poursuite des rencontres avec le groupe d'appui des PTF aux DAF du MS et MDSSPA pour améliorer la gestion financière et comptable ; (iv) la finalisation du manuel de gestion de la subvention accordée aux malades du cancer ; (v) la révision du CDMT, avec une large implication de tous les acteurs concernés, pour l'adapter au CSLP II et la révision du manuel de procédure de gestion ; le renforcement des compétences en passation de marché et audit interne.

La déconcentration des crédits sera renforcée par l'identification des codes économiques des crédits à déconcentrer et leur inscription dans la loi des finances, pour contribuer à l'effectivité du transfert des ressources de l'Etat aux collectivités décentralisées.

L'inspection de la santé (IS) :

L'accent sera mis sur (i) l'adoption et le remplissage du cadre organique, la mise à disposition des moyens de travail ; (ii) le renforcement des activités d'inspection pédagogique et du rôle de conseil de l'inspection. Par ailleurs, il faudra engager la réflexion pour la création du corps des inspecteurs et la mise en place d'une ligne de crédit pour les missions programmées dans le Plan Opérationnel (code économique). En outre il faudra de nouvelles infrastructures pour permettre de créer un bon cadre de travail.

Les ordres professionnels de la santé :

Il s'agira de poursuivre le renforcement des capacités des ordres professionnels pour préserver leur autonomie d'action. En outre, la création des nouveaux ordres (chirurgiens dentistes, infirmiers) sera prise en compte.

La Cellule de planification et de statistique (CPS) :

Il s'agira de renforcer les capacités d'intervention de la CPS à travers la construction de nouveaux locaux ; la dotation en équipements en équipements ; la mise à disposition de ressources humaines expérimentées, l'acquisition d'une bibliothèque centrale adéquate. Il sera prévu également une salle de conférence et des salles de travaux de groupes. La CPS de par sa fonction centrale de coordination des activités de planification, de coopération en santé, de programmation, de suivi, et d'évaluation, continuera à assurer le secrétariat permanent du PRODESS.

En outre, dans le cadre du renforcement des CPS prévu par le Gouvernement dans leur rôle de coordination technique des plans et programmes, un accent sera mis sur la matérialisation de certaines fonctions stratégiques du département de la santé : la gestion des dossiers de coopération en santé, la prospective, le développement des ressources humaines, réformes et politiques de santé, système

d'information pour les agrégats nationaux et l'informatisation. Une attention devra être accordée à la gestion des bases factuelles et à la coordination des grandes enquêtes nationales.

La Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS) :

Il s'agira de renforcer les compétences, le fonctionnement, les moyens logistiques lui permettant d'intervenir rapidement sur le terrain dans le cadre de la supervision et du suivi rapproché des chantiers d'infrastructures sanitaires. Par il faudra assurer la formation du personnel en architecture en milieu hospitalier, en ingénierie médicale en termes d'équipements biomédicaux. Par ailleurs, la CEPRIS doit être doté en locaux adaptés au cadre de travail.

Le Centre National d'information d'éducation et de communication de la santé (CНИЕCS) :

Au cours de la période les interventions prioritaires porteront au plan institutionnel sur la restructuration du CНИЕCS en EPST. Les mesures seront prises pour renforcer ses capacités par son transfert dans ses nouveaux locaux et l'acquisition d'un complément d'équipement adéquat ; d'autre part de procéder à la révision de la stratégie nationale de communication pour la santé et la mise en œuvre du guide de message santé élaboré en 2006. Le plan de communication intégrera les aspects relatifs à la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel du médicament.

La Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA/MS (CSLS/MS) :

Il s'agira de poursuivre et renforcer les interventions issues de la restructuration du PNLIS avec la création du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) placé sous la haute présidence du Président de la République ; la création d'un Secrétariat Exécutif au sein du HCNLS dont la mission essentielle est de coordonner l'élaboration de la politique nationale de la lutte contre le VIH/SIDA, sa mise en œuvre et son suivi évaluation ; la création au sein de chaque département ministériel d'une cellule chargée de l'élaboration du plan d'action sectoriel, de son exécution et de son suivi en collaboration avec le secrétariat exécutif.

Le Centre de Recherche pour le Développement et la Survie de l'enfant (CREDOS) :

Les interventions prioritaires porteront sur la poursuite de la mise en œuvre des activités du plan stratégique 2007-2009 ; l'élaboration du projet d'établissement 2010 -2014 ; la poursuite de la réflexion sur le niveau d'ancrage institutionnel du CREDOS ; compte tenu de certains aspects de transversalité tels les droits de l'enfant ; la participation de l'enfant, le développement de l'enfant et le renforcement des compétences.

Le Comité National d'Éthique pour les Sciences de la vie (CNESS) :

Il s'agit de poursuivre le renforcement du CNESS en équipement et ressources humaines. La réflexion sera engagée sur la coordination des comités d'éthiques africains ; la programmation d'une formation diplômante en éthique ; la formation en éthique des cadres de la santé des régions.

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) :

Le Projet d'établissement 2008-2012, prenant en compte le plan national d'assurance qualité, sera finalisé, adopté et mis en œuvre. Il s'agira de développer la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé. Les interventions porteront sur (i) la recherche et la mobilisation de fonds pour la recherche ; (ii) la formation du personnel du niveau opérationnel et des hôpitaux à la méthodologie de la recherche ; (iii) la coordination des activités de recherche, sur le plan sectoriel et sur le plan intersectoriel ; (iv) la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche.

Il est envisagé la création d'un centre de recherche médecine traditionnelle à Sikasso, un centre de recherche à Gao.

Le centre de documentation sera renforcé par l'informatisation et la mise en place d'un site Web. La mise en place d'une régie spéciale de gestion des fonds de recherche permettra l'amélioration des procédures de financement des activités de recherche.

Au niveau de la DMT de l'INRSP, en plus de la poursuite des activités de promotion des MTA, il sera procédé à l'édiction des textes d'application de la loi relative à la politique nationale de médecine traditionnelle adoptée depuis 1996.

#### L'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) :

Les conditions de travail par la construction et l'équipement de nouvelles infrastructures à partir de 2009. Des dispositions réglementaires seront initiées pour la mise en place d'un comité de suivi des médicaments et la création de comités de médicaments dans les établissements publics hospitaliers.

#### Le Laboratoire National de la Santé (LNS) :

Au cours de la période, le LNS procédera sur le plan institutionnel à la finalisation, l'adoption, la validation et la mise en œuvre du Projet d'établissement ; et à la mise en application de l'arrêté interministériel N° 0345 du 13 février 2008 fixant les modalités pratiques et tarification des opérations de contrôle de qualité des médicaments, aliments, eaux de boisson.

Sur le plan technique, il s'agira d'étendre les activités au contrôle de qualité des dispositifs médicaux et des médicaments biologiques ; d'amener le LNS à l'accréditation (bactériologie alimentaire) et à la pré qualification (contrôle de qualité des médicaments). Il sera doté en substances de référence.

Le programme d'équipement et d'entretien des appareils, la mise en œuvre du plan triennal de formation, le plan de recherche établi sur les problèmes prioritaires de santé seront poursuivis.

L'étude de faisabilité de la déconcentration du rôle de contrôle LNS sera envisagée.

#### Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) :

L'accent sera mis sur l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine. Les interventions qui portent sur (i) la mise en place d'établissements et de structures de transfusion sanguine adaptés, accessibles et fonctionnels ; (ii) la sensibilisation des populations au don de sang volontaire, bénévole et régulier ; (iii) l'acquisition de matériel nécessaire aux activités transfusionnelles ; (iv) la mise à disposition des réactifs et consommables de laboratoire ; (vii) le développement et la mise en œuvre d'un système national d'assurance qualité et de management qualité ; (viii) le développement des ressources humaines et médicalisation du don de sang ; (ix) la promotion de l'utilisation rationnelle du sang par la formation et la mise à disposition de guides, de substituts du sang et autres alternatives à la transfusion ; (x) la promotion et développement de la recherche opérationnelle et fondamentale ; (xi) l'organisation et réglementation de la transfusion sanguine ; (xii) le suivi et évaluation réguliers de tous les établissements et structures de transfusion sanguine. Le CNTS sera doté en nouveaux locaux.

#### Le Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie (CNAM) :

Il s'agira de poursuivre la mise en œuvre des missions du CNAM.

#### L'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) :

Il s'agira de poursuivre et de renforcer la collaboration avec les services du LNS, de la DNS, de la CPS et les services des départements de l'environnement, de l'industrie et de l'agriculture. L'accent sera mis sur le financement du plan stratégique de la sécurité alimentaire ; du plan de communication ; et sur la réorganisation institutionnelle qui découlerait de l'adaptation des missions de l'agence aux règlements de l'UEMOA.

#### La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) :

Les interventions prioritaires porteront sur la poursuite de la mise en œuvre du contrat plan triennal 2008-2011 ; l'acquisition et le renforcement des moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement correct des structures en ME, ARV, Kits césariennes, CTA, la construction d'un entrepôt respectant les normes internationales pharmaceutiques, et de magasins régionaux à Tombouctou, Gao et Kidal.

La création d'une ligne budgétaire sécurisée pour les Médicaments Essentiels aux fins d'en assurer la disponibilité permanente

#### L'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP) :

Les interventions prioritaires porteront sur le maintien et la continuité de l'activité de l'usine. Ainsi en attendant la mise en place de la coopération de joint-venture, il est nécessaire de maintenir et continuer l'activité de production pour permettre de préserver la part du marché de l'UMPP et au personnel de continuer à avoir la maîtrise des activités de production et de contrôle de qualité.

#### Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) :

Les interventions prioritaires porteront sur la poursuite de la mise en œuvre des Projets d'Établissement qui restent le cadre de référence pour le développement des activités des établissements hospitaliers et concerne tous les hôpitaux de 2ème et 3ème référence: l'hôpital « Gabriel Touré » ; l'hôpital du « Point G » ; l'hôpital de Kati ; le Centre National d'Odontostomatologie ; l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) ; l'hôpital « Fousseyni Daou » de Kayes ; l'hôpital de Sikasso ; l'hôpital « Nianankoro Fomba » de Ségou ; l'hôpital « Sominé Dolo » de Mopti ; l'hôpital de Tombouctou et l'hôpital de Gao.

**HGT :** Au cours de la période, les interventions porteront l'élaboration, la validation et la mise en œuvre du projet d'établissement de 2eme génération 2007-2011 ; la mise en œuvre du tiers payant ; la mise en place d'un comité thérapeutique au sein de la commission d'établissement ; la formation continue du personnel ; et la création d'un centre de documentation.

**HPG :** Il s'agira d'élaborer et valider et mettre en œuvre le projet d'établissement de 2eme génération 2009-2013 ; réaliser les constructions nouvelles suivantes : services de maladies infectieuses, service de médecine interne, service de néphrologie avec transplantation rénale, service neurologie, service de chirurgie thoracique et de service de radiothérapie ; mettre en œuvre du tiers payant ; mettre en place un comité thérapeutique au sein de la commission d'établissement ; assurer la formation continue du personnel ; et créer un centre de documentation.

**HKATI :** Les interventions prioritaires au cours de la période porteront l'élaboration, la validation et la mise en œuvre du projet d'établissement de 2eme génération ; la formation continue du personnel ; la mise en œuvre du tiers payant ; la mise en place d'un comité thérapeutique au sein de la commission d'établissement ; la formation continue du personnel ; et la création d'un centre de documentation.

**CHU OS :** Les interventions prioritaires porteront l'élaboration, la validation et la mise en œuvre du projet d'établissement de 2eme génération ; la construction et l'équipement des infrastructures au niveau du nouveau site à partir de 2009 ; la signature de convention avec d'autres universités dans le cadre de la formation continue ; la formation continue du personnel ; la mise en œuvre du tiers payant ; la mise en place d'un comité thérapeutique au sein de la commission d'établissement ; la formation continue du personnel ; et la création d'un centre de documentation.

#### Les Directions Régionales de la Santé (DRS) :

Dans le cadre de la restructuration de la DRS les interventions prioritaires porteront sur :

- Le renforcement de l'appui conseil ;
- La construction de Cinq (5) nouvelles Directions régionales dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Kidal avec deux à trois logements d'astreinte, des chambres de passage et un centre de formation continue ;
- La rénovation des directions régionales de Mopti, Tombouctou, Gao, District de Bamako ;
- Le renforcement en moyens logistiques (y compris les pinasses et les chameaux) de matériels informatiques et de bureautique ;
- l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée.

La restructuration de la DRS prendra en compte la recherche et les études, avec un appui aux cercles dans le montage des protocoles de recherche, l'exécution et le suivi de la mise en œuvre des résultats de la recherche opérationnelle.

Les collaborations transfrontalières seront renforcées notamment en matière de circonscription des endémo épidémies, l'utilisation des établissements de santé et la mise en œuvre et le suivi de programmes communs.

#### Les Districts Sanitaires (DS) :

Les interventions prioritaires porteront sur la formation des équipes de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme. Il s'agira de renforcer les capacités des équipes des districts ou créer de nouvelles capacités, aussi bien dans la gestion des services de santé,

que dans l'offre de soins de santé de qualité. Ceci contribuera à améliorer la qualité de l'offre des soins, et par conséquent, l'augmentation de la demande des services. (ii) la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelles et du coût des ordonnances. Les activités devront être intégrées dans le but d'améliorer la couverture et de diminuer les coûts.

#### Les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) :

Les interventions prioritaires pendant la période porteront sur l'application et l'évaluation de la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO. Afin de mieux assurer la responsabilité de chacun des acteurs et son effet sur la performance des CSCOM, il s'agira de mesurer, à travers une recherche opérationnelle, l'effet de la démarche contractuelle signée entre les collectivités et les ASACO.

#### Les relais communautaires :

Il s'agira de poursuivre façon intégrée la formation des relais pour la mise en œuvre activités promotionnelles et préventives en direction des ménages et des communautés et des programmes de la santé.

#### Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) :

L'accent sera mis sur l'application du guide de partenariat avec les ONG ; l'acquisition et le contrôle des documents réglementaires autorisant les ONG à donner des prestations dans les Districts sanitaires notamment la reconnaissance et la signature de l'accord cadre avec le Ministère de l'Administration Territoriales et la convention particulière avec le Ministère de la Santé ainsi que le protocole d'accord avec le Gouverneur de région, le Directeur Régional de la Santé et l'ONG concernée.

#### Les opérateurs privés :

Il s'agira d'amener le secteur privé à accompagner le secteur public dans la mission de santé publique, renforcer le cadre de dialogue de partenariat public, privé et créer un environnement favorable à la collaboration entre les deux secteurs. Le diagnostic situationnel pays, et les éléments de réforme seront établis. De même que sera élaborer le plan stratégique de développement du secteur.

Le développement du secteur sanitaire privé devrait permettre d'augmenter l'offre de soins. La participation de ce secteur sera renforcée par des interventions ciblées visant à valoriser et à mettre en place des cadres adaptés de collaboration, à promouvoir l'approche contractuelle, à développer des mécanismes de suivi et d'évaluation de leurs activités ainsi qu'à renforcer les capacités des structures d'appui et de contrôle. □ Par ailleurs, ce secteur devrait davantage collaborer avec le secteur public pour développer des systèmes de santé financièrement viables, durables et équitables. Un certain nombre de mesures seront prises, notamment le développement de la formation des agents de santé - il y a un déficit de personnel - grâce à un partenariat public-privé.

La complémentarité entre les établissements publics et privés, dans le cadre du service public hospitalier, sera mise en œuvre par l'application des dispositions des articles de la loi hospitalière (articles 7 à 20). En outre, l'établissement des contrats de prestations basés sur les résultats entre le public et le privé sera poursuivi.

#### Les Etablissements de santé privés à but non lucratif (confessionnel) :

Il s'agira de poursuivre et de renforcer la contractualisation pour la mise en œuvre partielle ou complète du PMA afin de compléter la carte sanitaire.

#### La fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) :

Les interventions porteront sur (i) le renforcement des compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO ; (ii) le renforcement de la participation des femmes dans la santé communautaire (directives pour la participation des femmes dans les ASACO) ; (iii) le renforcement de l'implication de la FENASCOM dans la nutrition dans le cadre du programme UNITERA, avec la coopération Canadienne ; (iv) la poursuite de la mise en application de la convention collective du personnel des CSCOM (FENASCOM, ETAT, Syndicat autonome du personnel des CSCOM).

Les Services de santé des Armées et l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) :

Il s'agira de poursuivre la collaboration avec l'INPS et les Services de santé des Armées dans des Conventions pour le meilleur de l'action de santé publique au Mali.

**Extrant 16 :**

*La collaboration intersectorielle est assurée (niveau central).*

Les interventions porteront sur la poursuite de la réflexion sur la signature de convention entre le MS et les autres départements sur la base d'un plan d'action commun, accompagné d'un calendrier d'exécution et des résultats ciblés.

**Extrant 17 :**

*La stratégie de partenariat et contrats de performance est mise en œuvre.*

Il s'agira d'accorder une subvention pour les contrats de performance des structures centrales.

**Extrant 18 :**

*La santé des groupes spécifiques (les malades mentaux, les scolaires, les sportifs, ...) est prise en charge.*

Les interventions porteront sur la mise en application du plan stratégique national de santé mentale ; l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action sur la santé en milieu carcéral ; l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de la santé scolaire et sportive.

**Extrant 19 :**

*La maintenance des infrastructures, biomédical, informatique, ainsi que des véhicules est assurée, couvrant l'ensemble des niveaux et services.*

Il s'agira de poursuivre et de renforcer les capacités des structures en charge de la maintenance des infrastructures et des équipements ; l'offre des prestations efficaces et efficaces de maintenance ; la formation et le renforcement des compétences du personnel en charge de la maintenance et le renforcement du financement des activités de maintenance.

**Extrant 20 :**

*Les établissements de santé sont exploités dans les conditions légales.*

Il s'agira de renforcer les capacités d'intervention des structures de contrôle et des ordres professionnels de santé.

**Extrant 21:**

*La coordination, la gestion et le suivi du PRODESS sont perfectionnés.*

Les actions porteront sur le renforcement de la collaboration entre le département et ses partenaires ; et la dynamisation des organes de coordination, de planification, de contrôle, de suivi et d'évaluation du PRODESS.

**Extrant 22 :**

*Les besoins en ressources par niveau sont satisfaits suivant les critères d'équité (taille de population, genre, incidence de la pauvreté, ...) et l'accessibilité financière des soins de santé est assurée.*

Les ressources seront allouées en tenant compte de la taille de la population, du profil épidémiologique et des particularités de l'environnement.

**Extrant 23 :**

*Les inégalités sur le plan genre dans les services de santé ont été réduites sur la base des orientations et instructions issues au niveau central.*

Au moment du recrutement des ressources humaines dans les écoles de formation, le genre sera respecté ainsi que dans l'utilisation des ressources humaines dans les établissements de santé.

**Extrant 24 :**

*Le développement des ressources humaines et notamment leur gestion, est mis en œuvre sur la base d'un cadre institutionnel et organisationnel adéquat.*

La Politique de Développement des Ressources Humaines en Santé s'articule autour des axes suivants : (i) la mise en place d'une structure pérenne et efficace qui permette d'assurer la fonction de développement des ressources humaines de façon rationnelle et performante ; (ii) la réglementation de la production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté ; (iii) le renforcement de la qualité de la formation ; (iv) le recrutement, la mise à disposition et l'affectation de personnel de santé de qualité et en nombre suffisant au sein des établissements sanitaires en fonction des besoins réels ; (v) le développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé ; (vi) la motivation du personnel à travers un système cohérent et dynamique qui recoure de manière équilibrée à des outils incitatifs à la fois financiers et non financiers ;(vii) le renforcement des capacités de gestion des ressources humaines en santé des acteurs de la décentralisation, des secteurs communautaire et privé.

## 6. CADRAGE BUDGETAIRE ET MACRO-ECONOMIQUE

L'architecture du budget-programme du CDMT révisé (2005-2011) se base essentiellement sur celle de la composante santé-population du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et du cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté, et vise à mettre en exergue les intrants essentiels en termes d'accès, de disponibilité et d'utilisation de prestations sanitaires curatives et préventives. Elle s'appuie sur l'architecture du PRODESS II révisé. Sur la base des stratégies de production de santé et de politique de santé qui ont été retenus dans le cadre logique du CDMT santé révisé, on a spécifié la marge budgétaire dont le MS devra disposer en vertu d'une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur : on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes sources confondues de 68,2 milliards en 2005 pour atteindre 557,71 milliards en 2011 dont 211,67 milliards pour la période 2009-2011.

### Hypothèses

Les dotations budgétaires du secteur santé sont tributaires des hypothèses macroéconomiques et orientations politiques définies dans le CBMT ; cependant, pour l'atteinte de objectifs du secteur, des négociations seront nécessaires pour le respect des engagements pris par le Mali (Objectifs du Millénaire, objectifs d'Abuja, la feuille de route de l'Union Africaine pour la réduction de mortalité maternelle et infantile l'International Health Partnership (IHP).

Les hypothèses macroéconomiques combinées à l'hypothèse d'augmentation du budget de l'Etat permettent de définir le niveau de financement attendu. Les hypothèses macroéconomiques combinées aux coûts réels permettent de dégager les dépenses totales couvrant la période de 2009 à 2011.

L'élaboration du CBMT a tenu compte des hypothèses macro-économiques suivantes :

- Dépenses budgétaires brutes par rapport au PIB : 32,9%
- Taux d'inflation 2005-2006 : 2,4%
- Taux de croissance du PIB réel 2007-2011 : 7% par an en moyenne
- Service de la dette par rapport aux dépenses budgétaires : 3,6%
- Aide extérieure (net) en % du PIB 2009-2011 : 9,6%
- Source Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT 2007)

### Les coûts additionnels :

Ils ont été révisés au regard des nouveaux engagements de l'Etat (mesures institutionnelles telles que la décentralisation, la restructuration des services, le renforcement des structures de références CSREF, EPH y compris la construction du nouveau CHU de Yirimadio entre autres, la mise à échelle des activités de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, la gratuité de la césarienne, etc.).

Le volume des ressources affectées aux dépenses de fonctionnement pendant la période 2009-2011 est nettement plus important que celui affecté à l'investissement contrairement au PRODESS I, où l'accent était mis sur l'investissement. Ceci explique l'effort de renforcement des acquis dans le PRODESS II. En effet, le fonctionnement représente respectivement 68% pour le scénario minimum, 66% pour le scénario moyen et 64% pour le scénario maximum du total des coûts réels

Le programme 2, qui regroupe les Volets 1 et 4 du PRODESS II relatifs à l'extension de la couverture sanitaire, la disponibilité des médicaments, vaccins, réactifs et consommables médicaux ; l'amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie, représente respectivement 41%, pour le scénario minimum, 43% pour le scénario moyen et 44% pour le scénario maximum, des totaux des coûts réels



Pour atteindre les objectifs du PRODESS II prolongé, il est nécessaire de combler le gap de financement du scénario maximum (218,5 milliards de FCFA). Cependant, en raison des contraintes de financements, des objectifs intermédiaires peuvent être atteints en comblant le gap de financement soit du scénario moyen ou du scénario minimum.

Compte tenu du niveau de mise en œuvre de certaines interventions (disponibilité des intrants et accessibilité aux services), il est important de combler le gap du scénario minimum pour préserver les acquis dans un contexte de passage à échelle.

**Coûts additionnels par volet :**

Tableau II: Coûts additionnels par volet et par scénario (en milliers de FCFA)

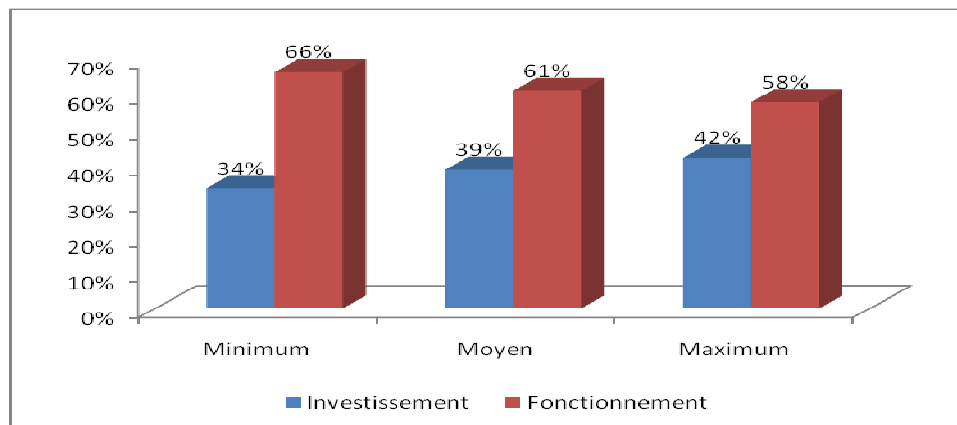
	<b>Minimum</b>	<b>Moyen</b>	<b>Maximum</b>
<b>TOTAL VOLET 1</b>	25 533 234	38 855 622	51 086 916
<b>TOTAL VOLET 2</b>	22 981 590	22 981 590	31 685 597
<b>TOTAL VOLET 3</b>	32 090 235	36 328 163	51 705 782
<b>TOTAL VOLET 4</b>	26 450 806	32 148 247	33 320 312
<b>TOTAL VOLET 5</b>	39 211 312	45 873 878	46 132 185
<b>TOTAL VOLET 6</b>	27 860 971	32 121 912	41 358 986
<b>TOTAL VOLET 7</b>	8 994 242	9 676 740	10 684 389
<b>TOTAL GENERAL</b>	183 122 390	217 986 153	265 974 168

L'analyse de ce tableau montre une attention particulière accordée à (i) l'accessibilité financière des populations aux soins par la subvention de certains médicaments et consommables : CTA , ARV, Azythromycine, les anticancéreux , les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la gratuité des actes comme la césarienne, la chirurgie de la cataracte et du trichiasis dans le cadre de l'opération Milagro...) ,(ii) l'accessibilité géographique des populations aux soins : stratégie avancée , équipe mobile polyvalente ,l'acquisition d'équipement et de matériel roulant ... , (iii) la disponibilité des médicaments essentiels, vaccins , consommables et réactifs.

Cependant un effort important doit être fait pour la disponibilité et la stabilité des ressources humaines qualifiées de qualité à tous les niveaux du système de santé ainsi que la qualité des soins.

Il faut aussi noter l'importance du renforcement du système de santé à travers la formation, l'équipement des structures d'encadrement, de coordination et de recherche, la construction et l'équipement des nouvelles structures hospitalières (Yirimadio, Sikasso , Mopti...) la prise en compte des maladies prioritaires (Palu, TB, VIH/SIDA) la formation des spécialistes pour les structures périphériques.

Figure 1: Coûts additionnels par nature de dépense et par scénario pour la période 2009-2011 (en %)



Malgré la prédominance de certaines catégories d'investissement on constate que le fonctionnement est plus élevé que l'investissement dans tous les scénarios. En effet il représente respectivement 66% pour le scénario minimum, 61% pour le scénario moyen et 58% pour le scénario maximum.

Il faut toutefois noter certains investissements relatifs au génie civil notamment la construction du CHU de Yirimadjo, les EPH des régions de Mopti et de Sikasso, l'équipement technique et les formations de longue durée (spécialisations).

## 7. PLANIFICATION, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PRODESS

### 7.1 La gestion de l'approche sectorielle

Le PDDSS est mis en œuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali, la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre pour les dépenses effectuées pour appuyer le développement et la mise en œuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les PTF, au lieu de financer des activités, cofinancent une politique. Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées.

Dans le cas d'une transition vers l'appui budgétaire sectoriel (voir plus loin), la Commission Mixte Mali-Partenaires au développement présidée par le Ministre de l'Economie et des Finances, constituera le cadre de dialogue entre le gouvernement et l'ensemble des PTF, dans le contexte de la réforme de l'aide au Mali.

### 7.2 Le cadre général

Le Cadre de planification, de suivi et d'évaluation du PRODESS II est défini dans le décret 01-115, qui est en voie de révision pour tenir compte du CSLP.

Le mécanisme de suivi du CSLP est coordonné par le Ministère de l'Economie et des Finances avec la participation de l'ensemble des départements ministériels. Ce mécanisme prévoit au niveau central la

commission mixte Gouvernement – partenaires, le comité de pilotage et les groupes thématiques dont le groupe Santé et Population. Ces groupes thématiques, au nombre de 13, produisent les rapports de suivi annuels et les perspectives triennales ; au niveau régional le comité de suivi de la mise en œuvre du CSLP, présidé par le Gouverneur de région, produit le rapport régional.

Le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), programme budgétaire du document de réduction de la pauvreté (CSLP) et outil essentiel de programmation du Département de la Santé, dispose de ces propres outils de suivi et d'évaluation permettant :

- D'une part, de vérifier la prise en compte régulière de ses orientations (montants, équilibres, évolution, ...) par les différentes structures chargées de la planification au sein du secteur ;
- D'autre part, d'évaluer régulièrement sa pertinence - en vue de sa réactualisation - et de prendre en compte d'éventuels changements sur les hypothèses macroéconomiques et sur les engagements du Gouvernement et des partenaires.

Dans ce cadre, l'unité de suivi et d'évaluation de la composante santé population du CSLP sera chargée de la réactualisation régulière du cadrage financier du PRODESS II et de la révision du CSLP.

Par ailleurs, des cadrages annuels seront produits à partir du CDMT pour toutes les régions et niveaux de programmation. Ils prendront en compte les critères de population, de pauvreté, de couverture sanitaire et de prévalence des maladies. Ainsi, à chaque planification annuelle, une analyse permettra de vérifier la conformité des ressources planifiées avec les cadrages et équilibres macro économiques.

Il a été recommandé d'intégrer l'informatisation de la planification, la gestion budgétaire, l'avancement des réalisations physiques et la gestion des contrats. Ceci permettra donc entre autres d'établir le lien entre le PO et les budgets respectifs. Il est également recommandé d'optimiser l'utilisation du logiciel TOMPRO qui permet de faire beaucoup plus que la comptabilité comme elle est faite actuellement, et de compléter ce logiciel avec les modules.

#### **Les Fonctions par niveau :**

Les fonctions sont la planification, la coordination, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. Les responsabilités pour ces fonctions par niveau sont les suivantes :

#### **La planification et la mise en œuvre :**

- L'ensemble des acteurs du PRODESS II (secteur public, ainsi que le secteur privé et la société civile, les collectivités locales) seront impliqués dans le processus de planification /budgétisation annuelle et dans la mise en œuvre des Plans Opérationnels annuels (PO). Pour la planification, il s'agit d'une approche décentralisée avec la micro planification au niveau des CSCOM, la mise en œuvre des PDSC au niveau des cercles et la planification annuelle au niveau régional à travers les CROCEP. L'arbitrage final et l'adoption des plans consolidés se feront au niveau national par le Comité de Suivi.
- Les outils de planification, de suivi du PRODESS 2 seront adaptés par la CPS au système de suivi du CSLP afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté et la décentralisation. Quant à la répartition des enveloppes budgétaires, elle sera faite en fonction des variables de la pauvreté et de la déconcentration à partir des répartitions des enveloppes issues du CDMT basées sur les performances enregistrées.

#### **La coordination :**

- La coordination du niveau opérationnel sera assurée par les médecins chefs, les présidents des conseils de cercle, les préfets, les maires. Elle visera l'intégration des moyens et des prestations, la promotion de l'utilisation des services et leur qualité. Les résultats seront présentés lors des réunions statutaires.
- La coordination régionale consistera au renforcement de la qualité de l'appui de la mise en œuvre et de la mobilisation des ressources financières. Elle est assurée par les Gouverneurs en rapport avec les directeurs régionaux et les présidents des Assemblées régionales.

- La coordination centrale est assurée par le Secrétaire Général en rapport avec les services centraux, les services rattachés et les organismes personnalisés. Elle vise la mobilisation, l'utilisation efficiente des ressources intérieures et extérieures.
- L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation et de la mobilisation des ressources. Ainsi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources. Elle dépendra également de la participation et/ou des interventions des autres secteurs de développement avec lesquels un contrat/convention de résultats sera signé.

#### La supervision et le suivi :

- La supervision est intégrée en général aussi bien au niveau régional que local. Cependant compte tenu de la particularité de certains domaines, des supervisions spécifiques seront menées.
- Le suivi de la mise en œuvre sera fait de façon intégrée d'une part, et d'autre part conjointement avec les PTF et la société civile à travers entre autres la mission conjointe de suivi du programme. Cependant des Termes de Référence (TDR), canevas et calendriers seront élaborés et validés à tous les niveaux concernés.
- Le guide de monitoring sera révisé et prendra en compte certaines interventions prioritaires du secteur.
- La DAF en collaboration avec la CPS élaborera un guide de supervision financière qui sera une référence aussi bien pour les auditeurs internes que pour les régions.
- Le suivi du programme sectoriel dépendra en bonne partie de la mobilisation des ressources qui reste tributaire d'une part des aspects macroéconomiques et des engagements politiques, et d'autre part des ressources mobilisées par les différents partenaires du secteur.
- Les organes de coordination et de suivi seront révisés afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté.

### 7.3 Les acteurs

#### Les acteurs du PRODESS II seront chargés de :

##### Au niveau communal :

- Appuyer l'élaboration des plans communaux de développement ;
- Elaborer les micro-plans et les rapports d'activités ;
- Veiller à l'intégration des aspects de santé ;
- S'assurer de la cohérence des plans communaux avec le PDSC y compris le respect de la carte sanitaire ;
- Suivre les chantiers de construction ;
- Rendre compte au Maire.

##### Au niveau cercle :

- Elaborer le PDSC et le PO ;
- Préparer les réunions du conseil de gestion ;
- Mettre en œuvre les orientations nationales ;
- Assurer la coordination, le suivi, le monitoring, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans du cercle;
- Faire la recherche opérationnelle et utiliser les résultats ;
- Elaborer les rapports d'activités du cercle.

##### Au niveau régional :

Les structures régionales et locales de santé sont chargées des appuis conseils aux collectivités territoriales en matière de planification entre autres missions :

- Planifier et appuyer la mise en œuvre des orientations nationales ;
- Assurer la coordination, le suivi, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans et programmes des divisions et services rattachés ;
- Préparer le CROCEP ;

- Elaborer le PO et les rapports d'activités de la Direction Régionale de la Santé
- Compiler, analyser et valider les rapports d'activités et les PO des cercles et de la région.

#### Au niveau central :

Chaque structure du niveau central joue un rôle prépondérant dans la planification, la supervision, l'évaluation, l'analyse et la prise de décision. Elle élabore également son rapport d'activités (RA) et son plan opérationnel (PO) :

- La DNS et ses services rattachés élaborent un plan de supervision et de suivi de la mise œuvre du programme de développement du secteur de la santé par rapport à leurs missions et leurs priorités.
- La DPM assure le suivi et le contrôle de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique.
- La CPS élabore les outils de suivi, de planification du programme sectoriel, un plan de suivi des indicateurs. Elle assure la coordination technique, le suivi et l'évaluation des plans et programmes de la mise en œuvre du schéma directeur national d'information sanitaire ; effectue. Elle assure également la gestion des dossiers de coopération ; l'allocation des ressources en collaboration avec la DAF à travers le cadrage budgétaire annuel. Elle fait la synthèse et la consolidation de tous les rapports d'activités et plans d'opération. Elle élabore et publie les données statistiques agrégées et désagrégées par région et par cible.
- La DAF élabore et suit le plan de financement, le plan de passation des marchés et le plan de travail des auditeurs internes. Elle participe à l'audit externe des comptes. Elle assure le suivi de l'exécution budgétaire.
- Le Secrétariat général organise le comité technique et le comité de suivi et valide le PO du secteur.

Rappelons aussi que les activités du département de la santé débordent largement le seul cadre d'intervention du secteur. Ceci implique une nécessaire collaboration multisectorielle avec le Ministère de l'Education nationale (convergence avec le PRODEC par exemple au travers des CED), avec le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (pour tout ce qui concerne les questions de genre, d'approche communautaire et de mobilisation sociale), avec le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (approche communautaire, mobilisation sociale, financement alternatif de la santé), avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports (mobilisation sociale, santé des adolescents et la médecine sportive), avec le Ministère chargé de l'eau (approvisionnement en eau potable des établissements de santé), avec le Ministère chargé du Développement Rural (nutrition), avec les Collectivités Territoriales, à travers l'Agence Nationale pour l'Investissement des Collectivités Territoriales (pour ce qui concerne le processus de décentralisation), etc.

#### Le rôle des autres acteurs :

- Dans les organes de coordination, de suivi et d'évaluation du PRODESS II, le rôle d'autres acteurs du secteur sera renforcé notamment les collectivités territoriales et les autres secteurs d'appui à la santé (développement social, éducation, hydraulique, développement rural, promotion de la femme et de la famille, promotion des jeunes, ...)
- Les partenaires techniques et financiers participent à la planification, au financement, à l'appui, à la mise en œuvre et au suivi. Ils communiquent le niveau de leur contribution annuelle et participent aux réunions statutaires des organes du programme.
- La société civile participe à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme et participe également aux réunions statutaires des organes du programme.
- Au niveau communautaire les ASACO, opérateurs délégués des Maires, gèrent les activités de santé de leur aire.

## 7.4 Les organes d'orientation, de coordination et d'évaluation

Les organes et instances créés pour assurer l'orientation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PRODESS II sont les suivants :

Le Comité de suivi du PRODESS II sera présidé par le Ministre de la Santé (MS), avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS II.

Le Comité technique du PRODESS II, présidé par le Secrétaire Général du MS est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel.

Le comité de pilotage : également présidé par le Secrétaire Général du MS, regroupe les services techniques centraux des deux départements et ceux des PTF, ainsi que les représentants de la Société Civile. Il se tient tous les deux mois, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles.

Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS II (CROCEP) est présidé par le Gouverneur. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution. Il regroupe les autorités politiques et administratives de la région, les PTF et les autres acteurs intervenants dans la mise en œuvre du PRODESS II.

Le Conseil de Gestion est surtout chargé de l'adoption et la validation des plans de développement et plans opérationnels des districts sanitaires au niveau cercle. Il est présidé par le Préfet et composé des autorités politiques, administratives locales, les médecins-chefs, la société civile, les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS. Il se réunit deux fois par an.

Les journées d'évaluation et de planification, présidées par le Ministre de la Santé, regroupent les représentants des services de la superstructure administrative, les services centraux, les services rattachés, les services personnalisés. Elles ont lieu une fois par an avant la deuxième réunion du comité technique.

La mission conjointe de suivi : Le comité de pilotage en cas de besoin organisera une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique.

Évaluation finale : Le PRODESS II fera l'objet d'une évaluation externe à la fin de la phase de prolongation. Les thèmes et les TDR de cette évaluation seront définis et les experts choisis conjointement par le MS et les PTF.

Audits du PRODESS II : Les audits internes du MS seront effectués régulièrement et la mise en œuvre du PRODESS II fera l'objet d'un audit annuel externe technique et financier.

Les réunions mensuelles de concertation entre PTF (auxquelles sont invités des représentants du MS) ne font pas partie intégrante du cadre institutionnel du PRODESS II. Néanmoins, elles peuvent jouer un rôle important dans le suivi des dossiers particuliers. Ces organes seront renforcés au cours du PRODESS II.

## 7.5 Les indicateurs de suivi du PRODESS

Les indicateurs de suivi ont été définis aussi pour les effets spécifiques et pour tous les extraits des 7 volets. Dans la mesure du possible, les valeurs de départ ont été identifiées, ainsi que des valeurs cibles pour fin 2007 (mi-parcours) et pour fin 2011 (fin du PRODESS II prolongé). Le très grand nombre d'indicateurs, pose des problèmes pratiques, d'autant plus que beaucoup d'indicateurs ne peuvent pas être mesurés sur la base de données de routine et/ou rapport d'activités. Les indicateurs

de suivi du CSLP et du CDMT santé sont intégrés dans cette liste. La liste des indicateurs a été complétée, en rapport avec les stratégies nouvelles. Certains indicateurs ont été ciblés, en concertation avec les PTFs, pour constituer une base commune de travail.

Ces indicateurs (voir annexe) portent sur les interventions et les cibles prioritaires :

- La disponibilité des ressources humaines ;
- L'accessibilité géographique et financière ;
- L'accès aux médicaments, vaccins et consommables ;
- L'utilisation des soins préventifs maternels, infantiles et curatifs ;
- La couverture effective et continue des soins maternels, des soins infantiles et activités promotionnelles... ;
- La qualité et la continuité des soins par du personnel qualifié, la supervision et le monitoring du personnel qualifié, des relais et membres d'association pour la promotion de la santé, des agents des équipes mobiles et avancées ;
- L'atteinte des objectifs fixés ;
- La satisfaction et la perception des bénéficiaires ;
- L'amélioration des capacités institutionnelles du département ;
- La répartition équitable des ressources de l'Etat (Etat et ses partenaires) dans le secteur de la santé et dans les régions ;
- Les résultats des enquêtes légères, enquêtes démographiques et de santé, des recherches et des évaluations internes et externes.

Une liste « d'indicateurs PRODESS » se trouve en Annexe N°1.

## 8. LIENS ET SYNERGIE AVEC AUTRES PROGRAMMES ET INITIATIVES

### 8.1 La synergie avec la Composante Développement Social

Le lien entre le MS et le MDSSPA dans le cadre de l'élaboration du PRODESS II se situe dans deux domaines : le financement alternatif de la santé, la mobilisation sociale et participation, la décentralisation. Les actions des deux départements s'inscrivent toutes dans le seul document de référence du Mali qui est le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté. Lors de l'élaboration de ce document le groupe thématique Santé et Population a été mandaté pour élaborer les aspects de santé et population et ses liens avec les autres départements. C'est ainsi, que la composante santé et population a été élaborée avec la participation et la contribution des autres secteurs d'appui, des PTF et de la société civile. Pour la mobilisation sociale et la participation, d'autres Départements rentrent en ligne de compte dans cette composante santé et population notamment la promotion de la femme, l'éducation, l'hydraulique et la jeunesse.

En ce qui concerne l'axe de convergence participation communautaire, en termes opérationnels il y a en commun pour les fonctions suivantes : (i) l'approche participative, la mobilisation sociale et l'IEC, (ii) le développement de l'approche contractuelle avec les parties prenantes (Collectivités Territoriales, Communautés organisées, ONG et structures publiques, (iii) le développement de l'interface entre les services de santé et la population avec la mise en place de partenariats, (iv) la collaboration intersectorielle. Pour la mise en œuvre des activités de chacune des fonctions citées, les compétences techniques des agents de santé et des agents sociaux sont sollicitées de façon intriquée ou individualisée. Ainsi, le Département Santé a pour vocation d'améliorer l'état de santé des populations par la prestation de santé, la prévention et l'éducation des populations vis-à-vis des problèmes de santé, la promotion nutritionnelle et environnementale. Le Développement social a pour vocation de promouvoir l'intégration, la réinsertion, la réadaptation des individus et des groupes victimes de l'exclusion et la pauvreté par la mise en œuvre d'une dynamique d'auto-promotion au travers de l'approche participative. Au Mali, l'expérience de la participation communautaire au travers de la gestion des centres de santé communautaires (CSCoM) est un atout considérable pour faire la fonction entre les activités de santé et les activités promotionnelles de lutte contre les inégalités. A ce titre, les Associations de Santé Communautaire (ASACO) jouent aussi un grand rôle dans la synergie Santé/Social. En terme de mobilisation sociale, les ASACO sont les mieux placés pour faire appel aux compétences propres à chacun des Départements, c'est-à-dire mobiliser d'une part les agents sociaux pour mettre en place les procédures d'animation sociale et d'autres part mobiliser selon les thématiques les agents de santé pour l'éducation des populations.

Quant à l'axe de convergence « d'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux services de soins, il sera fait à travers les mécanismes de financement alternatifs ». La mise en place de ces mécanismes est un élément fondamental pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé. L'approche mutualiste, avec la création de l'UTM, favorise l'autopromotion des groupes vulnérables vis-à-vis du risque maladie par la formation des acteurs ainsi que la participation à leur sensibilisation et information. Plus largement, l'UTM vise à établir des partenariats avec des réseaux de caisse d'épargne et de crédit afin d'assurer une meilleure diffusion des garanties auprès de leurs membres. Tout un processus de partenariat et de contractualisation entre l'UTM, la FENASCOM et les Ministères et les ONG est en marche. L'UTM doit jouer son rôle technique pour la convergence de cet axe.

### 8.2 La synergie avec la décentralisation

Concernant l'axe de convergence de mise en œuvre du processus de décentralisation, selon la littérature : « la politique de décentralisation et la politique sectorielle de santé et population sont loin d'être antinomiques ; elles partagent les mêmes approches, s'agissant de développement à la base :



elles responsabilisent les populations, les Communautés et les Collectivités Territoriales dans la conception, le financement et la mise en œuvre d'activités d'intérêt local et régional. Dans le nouveau contexte créé par la décentralisation, il est souhaitable que les différents acteurs des deux politiques prennent rapidement conscience du fait qu'en ces matières le partage des responsabilités l'emporte sur le partage des pouvoirs ». La dynamique externe de la couverture de l'offre de soins se continue avec la collaboration des Collectivités Territoriales, ASACO et les équipes socio-sanitaires. Les Collectivités Territoriales sont le troisième partenaire de la convergence décentralisation.

Dans la perspective de l'application effective du décret 02-314 relatif aux détails du transfert des compétences de l'Etat aux Collectivités en matière de Santé, le MS a créé la Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Décentralisation/Déconcentration Sur le terrain, la collaboration renforcée avec les départements qui sont engagés dans le même processus de transfert.

### 8.3 La synergie avec le CSLP

Le triple souci du CSLP (efficacité, équité, viabilité institutionnelle et financière) est reflété dans le PRODESS II. Les trois axes du CSLP sont :

- le développement institutionnel et l'amélioration de la gouvernance et de la participation
- Le développement humain et renforcement de l'accès aux services sociaux de base
- Le développement des infrastructures et appuis aux secteurs productifs.

La mise en œuvre du CSLP I a permis de réduire le niveau de pauvreté de 68,3% en 2001 (base revenu) à 59,2 % en 2005 sur la base d'un seuil de pauvreté actualisé de FCFA 153.310. L'objectif d'une réduction d'un quart de la pauvreté pendant la période 2001-2006 et visant à ramener ce niveau à 47,5% en 2006 n'a donc pas été atteint.

Le CSLP II, dénommé « Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté » (CSCR), 2007-2011, adopté par le Gouvernement le 26 décembre 2006 doit être considéré comme la première tranche quinquennale d'opérationnalisation du Plan décennal (2006-2015) d'atteinte des OMD au Mali. S'agissant du domaine de la santé, l'axe prioritaire porte sur le renforcement des capacités des structures socio-sanitaires. Les principaux objectifs globaux en termes d'indicateurs sociaux sont les suivants : (i) l'impulsion d'une croissance forte et soutenue (environ 7% par an) et la réduction significative de la pauvreté, (ii) une baisse des taux de mortalité infantile et maternelle, (iii) une augmentation des taux de scolarisation et d'alphabétisation avec une réduction des inégalités entre garçons et filles et entre régions.

Les défis du CSLP II dans le domaine de la santé concordent avec ceux du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) traduits dans le deuxième Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) en cours. Parmi ceux-ci on peut citer: (i) l'amélioration de l'accès géographique aux services essentiels de santé et la disponibilité des ressources humaines qualifiées, (ii) l'amélioration de l'utilisation, la performance et la qualité des services de santé, (iii) la disponibilité de médicaments essentiels, vaccins et consommables de qualité de façon continue et à des prix bas sur le territoire national, (iv) l'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, la planification familiale, le prix des services Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), (v) la réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche et (vi) le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de l'ensemble des structures de santé.

La réalisation des objectifs du PRODESS II permettra : (i) l'augmentation de l'espérance de vie, (ii) la diminution du taux de mortalité maternelle et infantile et (iii) l'augmentation des consultations prénatales et la réduction de la mortalité et de la morbidité liée aux maladies prioritaires.

Conséquemment, dans le PRODESS II prolongé, les orientations en matière de soins de santé portent sur (i) l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres (constructions, réhabilitations, relance de Centres de Santé Communautaire (CSCOM) non fonctionnel, (ii) le développement de partenariats avec des prestataires du secteur privé, (iii) le développement des

stratégies alternatives (stratégie avancée, équipes mobiles et relais communautaires, promotion des pratiques familiales) dans les zones enclavées et peu peuplées, (iv) les approches multisectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres et marginalisées, (v) le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles et contre le paludisme, (vi) la gratuité de la césarienne, (vii) la prise en compte de besoins non satisfaits en matière de planification familiale et (viii) la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants.

En matière de lutte contre le VIH/ Sida, le Mali s'est doté depuis juillet 2006 d'un Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte Contre le VIH/SIDA qui couvre la période 2006-2010. Cet instrument fournit les orientations stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA en synergie avec le CSLP II, à l'ensemble des intervenants des secteurs public, privé, de la société civile et des collectivités décentralisées. Il a défini trois (3) grands axes: (i) promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte, (ii) réduire les risques et vulnérabilité liés à la pandémie et (iii) atténuer les impacts sociaux, économiques, et culturels de l'épidémie en particulier ceux qui affectent les enfants et les femmes.

Les orientations stratégiques prêtent une attention particulière aux réalités socioculturelles et institutionnelles afin de favoriser la défense et la protection des droits humains et les prérogatives de chacun. Il s'agit notamment de (i) l'aspect genre, (ii) des réformes législatives et réglementaires ainsi que des actions de sensibilisation sont introduites pour protéger les personnes infectées ou affectées par le fléau contre la stigmatisation et la discrimination, (iii) lutter contre les pratiques physiques et psychosociales néfastes, (iv) favoriser la participation et l'implication des institutions, personnes, structures et organismes, influents dans la lutte contre le VIH/SIDA, et (v) la responsabilisation des collectivités territoriales dans la construction de la réponse locale durable.

Le Cadre Stratégique National donne les orientations stratégiques essentielles de la lutte contre le VIH/SIDA à l'ensemble des intervenants des secteurs public, privé et de la société civile. A travers un cadre multisectoriel de réponse, coordonné par le Haut Conseil National de la Lutte contre le SIDA (HCNLS), le Mali assure l'intensification et l'extension massives des programmes et interventions favorisant : (i) la prévention du VIH/SIDA, (ii) les soins et le soutien des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA et (iii) l'atténuation des impacts sociaux, économiques et culturels du VIH/SIDA.

#### 8.4 La synergie avec le CDMT

L'élaboration du CDMT répond à un certain nombre d'objectifs :

- la définition d'un cadre budgétaire cohérent et réaliste qui favorise la stabilité de l'environnement macroéconomique du pays ;
- la mise en place d'un système d'allocation de ressources cohérent avec les priorités stratégiques sectorielles et intersectorielles du gouvernement ;
- la disponibilité d'enveloppes financières sectorielles prévisibles permettant aux ministères d'élaborer des stratégies soutenables d'une part l'élaboration du budget programme d'autre part.

Le CDMT présente les mêmes sept programmes du PRODESS II, avec leur coût global et leurs résultats qui en sont attendus en termes de production de soins, en termes d'intrants ainsi que leur impact sur les indicateurs principaux par le programme de lutte contre la pauvreté. De ce fait, le CDMT établit un lien dynamique entre les objectifs, les activités, les indicateurs et le budget.

Le cadre de dépenses à moyen terme est important parce qu'il permet de faire les projections d'accroissement des ressources financières mises à la disposition de la Santé par l'Etat et ses partenaires, et se place dans le cadre de la réforme de la gestion publique en cours au Mali, notamment l'appui budgétaire (ABS, ABG) et la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

## 8.5 La synergie avec le Projet de Développement Economique et Social (PDES)

Le Projet de Développement Economique et Social (PDES), 2007-2012, concorde avec le processus du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSLP), dans la logique de la vision contenue dans l'Etude Nationale Prospective Mali 2025.

Le PDES a identifié parmi les axes prioritaires du CSLP II le renforcement du secteur social. Les efforts d'amélioration de la Santé des populations viseront, entre autres, à étendre et garantir l'accessibilité et la qualité des soins. Cela se traduira par une augmentation de la part de budget de la Santé et des autres secteurs sociaux (hors éducation), qui devrait atteindre 20% ; et l'initiation de mesures fiscales incitatives pour encourager l'installation de cliniques privées.

## 9. COUT ESTIMATIF ET PLAN DE FINANCEMENT

En ce qui concerne la coordination des financements des activités des deux Composantes il est aujourd'hui difficile d'établir des passerelles en ce sens que la Santé dispose d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) alors que la Composante sociale n'en a pas. De plus la programmation de la Composante sociale n'a pas été réellement élaborée dans le sens de la préparation d'un CDMT spécifique.

En ce qui concerne l'importance relative des volets (programmes P1 à P7 dans le CDMT) en volume de ressources financières requises, l'importance des volets accès (V1) et renforcement des capacités institutionnelles (V7) devrait permettre de jeter les bases d'un développement du système sanitaire nécessaire à la mise en œuvre d'activités essentielles à l'atteinte des objectifs ; leur part relative devra connaître une baisse progressive dans le cadre d'une augmentation des montants bruts des allocations respectives. La disponibilité des ressources humaines (V2) et des ressources matérielles (V3) ainsi que la lutte contre la maladie (V4) devront se maintenir en accroissement afin de garantir la durabilité des résultats.

### Allocation de la dépense par niveau :

Dans le passé, le niveau secondaire recevait moins de 5% du financement du secteur, tandis que le niveau central/tertiaire recevait 47%. Ceci constitue un déséquilibre sérieux, parce que les structures secondaires restent indispensables à la coordination et à la prise en charge efficace des programmes régionaux. Il sera donc nécessaire de renforcer la part globale « primaire et secondaire » afin de la porter de 53% à près de 75%, et de faire baisser la part relative du niveau central à moins de 20%.

### Allocation de ressources par zone de pauvreté :

La zone 1, qui est la zone la plus pauvre, connaît une dépense relative par habitant inférieure aux deux autres zones considérées moins pauvres ; il s'agit là d'une situation incompatible avec les orientations du CSLP et de sa composante santé. Les allocations futures des ressources devront favoriser les zones pauvres afin de permettre la mise en œuvre de stratégies visant en particulier la réduction des indicateurs dans les franges les plus pauvres ; en effet, l'analyse de situation ci-dessus (voir 2.1.) montre un gradient prononcé entre les indicateurs de santé des quintiles les plus pauvres et les plus riches. Une action mieux ciblée sur ces franges pauvres permettra une meilleure amélioration des indicateurs nationaux à travers une réduction des mortalités et morbidités dans ces groupes les plus frappés.

### Disponibilité de ressources humaines efficaces :

L'analyse de la dépense allouée à la disponibilité des ressources humaines montre que plus de 35% ont bénéficié aux institutions centrales (Ministère de la santé, institutions de coordination) ; ce déséquilibre ne semble pas favorable à une efficacité et devrait être analysé en profondeur dans le cadre d'un programme de développement de la ressource humaine axé sur la performance.

### La disponibilité de ressources matérielles de qualité :

Cet important sous-programme a constitué en 2002 moins de 10% des allocations financières du secteur ; ces intrants restent cependant essentiels pour le fonctionnement efficace du système de santé, Ils devront ainsi bénéficier d'une attention particulière, et leur part relative devra connaître une augmentation progressive visant l'accompagnement et la rentabilisation des efforts menés au niveau des sous programmes précédents.

### Qualité, la demande et la lutte contre la maladie :

Les activités retenues dans le cadre de l'amélioration de la qualité, du renforcement de la demande et de la lutte contre la maladie se limitent à la formation, à la mise en œuvre et au suivi/évaluation ; la recherche a été retenue au niveau du sous-programme 6. La mise en œuvre de ce Programme devra permettre une amélioration de la qualité des prestations et une meilleure utilisation des services de santé par les populations, tous deux facteurs indispensables à une amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité liée à la maladie. Ce programme devra garder une importance particulière

dans l'allocation des ressources, et de façon croissante afin de rentabiliser au maximum les investissements réalisés au niveau des trois programmes précédents. L'analyse de l'allocation en 2002 par volet de ce programme montre cependant des disparités qui devront retenir l'attention dans le futur.

La faible proportion de financement allouée à la SR/PECIME et au PEV de routine (activités fixes, avancées et mobiles) devrait faire l'objet d'attention particulière dans le cadre d'une lutte efficace contre les mortalités maternelle et infantile ; l'organisation de JNV dans le cadre de campagnes internationales et sous-régionales ne devrait pas se faire au détriment des activités durables de vaccination.

Le Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre ainsi que la lutte contre les autres maladies devront bénéficier d'une augmentation de leurs inscriptions financières afin de permettre un réel contrôle de leur propagation et de leurs effets en particulier sur les couches les plus pauvres, tout en maintenant les niveaux des programmes de lutte contre le paludisme et le SIDA.

#### Répartition des enveloppes budgétaires :

Elle sera faite en fonction des variables de la pauvreté et de la déconcentration. Il s'agira de :

- une répartition des enveloppes prévisionnelles de dépenses entre le niveau central et le niveau régional afin de favoriser la déconcentration des dépenses et de promouvoir l'évolution vers la décentralisation; elle variera au cours du quinquennat de 50 à 60% pour le niveau régional (y compris le district sanitaire), de 7 à 10% pour le niveau tertiaire et de 43 à 30% pour le niveau central ;
- une répartition des enveloppes prévisionnelles de dépenses entre les différentes régions en tenant compte des variables de la pauvreté ;
- un recentrage des enveloppes prévisionnelles de dépenses régionales sur les actions prioritaires du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté.

Les Plans Opérationnels annuels tiendront compte à la validation des répartitions des enveloppes issues du CDMT.

Les fonds d'appui du programme sectoriel santé des PTF et de l'Etat seront planifiés à travers tous les établissements de santé. En ce qui concerne les districts sanitaires les PO seront validés par le conseil de gestion du cercle. L'arbitrage sera fait au niveau régional lors du CROCEP qui adoptera le budget de fonctionnement. Le budget d'investissement sera adopté au niveau national ainsi que le dépassement du budget de fonctionnement.

Lors de la consolidation nationale, la DAF exercera un contrôle et ajustera éventuellement le budget en conséquence.

Pour les détails concernant le cadre budgétaire, veuillez consulter l'Annexe N°2.

## 10. CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT révisé dans les différentes planifications et utilisations des ressources.

### 10.1 Les conditions de réussite

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines reformes institutionnelles au niveau macro politique :

- **La déconcentration du système de budgétisation** par la mise en place des enveloppes budgétaires au niveau des régions sur la base des contrats de performance assortis de contrôle ex-post et audit financier annuel. Ce système impliquerait systématiquement les communautés, les ASACO, les conseils communaux, les conseils de cercle et les préfets dans les cercles ou les communes.
- **L'intégration des politiques de prévention du VIH/SIDA** dans toutes les composantes du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en se focalisant sur les programmes de prévention/atténuation de l'impact du SIDA et **la création d'un environnement éthique, juridique** favorable au respect de la dignité et des droits des personnes vivant avec le VIH.
- **La décentralisation**: les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du CDMT s'appuient sur les options de découpage territorial et de transfert de responsabilités de l'Etat vers les collectivités décentralisées.
- **L'éducation des populations** : les stratégies proposées reposent sur une amélioration du niveau de scolarisation notamment celui des filles.
- **La situation macro-économique** : la perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus, des ménages, et des communautés à l'effort de financement de la santé. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs, promotionnels et curatifs, l'état doit accroître sa contribution au secteur de la santé. Les partenaires techniques et financiers devraient consolider leurs contributions au financement du programme sectoriel.
- **La collaboration inter sectorielle** : la résolution des problèmes de nutrition, de lutte contre la maladie, de disponibilité en eau potable, de mobilisation sociale, d'implication et de la participation des femmes, la problématique de préservation de l'environnement nécessite l'implication et la participation des autres secteurs au développement notamment le développement rural, l'environnement et l'assainissement, l'hydraulique, la promotion de la femme et de l'enfant, la jeunesse et l'éducation. L'accompagnement du secteur de la santé, par les autres départements, pour lui permettre d'atteindre ses objectifs doit être basé sur un contrat/convention axé sur les résultats.
- **Les nouvelles réformes du secteur** : l'implication de plus en plus importante des communautés, des autres secteurs au développement, du secteur privé et de la société civile dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à renforcer ou à redéfinir les rapports entre eux et les professionnels de la santé. Ce changement de mentalité qui a commencé avec la mise en œuvre du PRODESS I devra se poursuivre en développant de nouveaux partenariats. Le maintien et le renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers doivent être consolidés.
- **Les ressources humaines** : d'une manière générale, l'amélioration des performances du système de santé sera fonction de la qualité du personnel, de sa quantité et de sa motivation. Il est donc important de mettre en œuvre la politique de développement des ressources humaines pour le secteur de la santé prenant le plan de formation, le plan de recrutement, le plan de motivation et le plan de carrière.
- **L'extension de la couverture sanitaire** : ce processus doit être poursuivi avec la pleine participation et contribution des collectivités décentralisées, des populations et des associations de santé communautaires, le secteur privé.

## 10.2 Les risques

- Le premier risque est la persistance d'une culture bureaucratique de l'administration publique, qui, contrairement à une culture d'entreprise, n'est pas axée sur la performance. Dans ce cas, le fonctionnement des services de santé continuera de souffrir des problèmes de personnel non motivé, insuffisance de délégation de responsabilités, manque d'évaluation de la performance du staff et des mesures incitatives et de sanction, manque d'efficacité, etc.
- Le deuxième risque est une lenteur prolongée dans la réforme de l'administration publique, notamment par rapport aux ressources humaines.
- Le troisième risque concerne la lenteur dans la décentralisation administrative en termes de transfert de compétence, capacités et moyens aux collectivités locales
- Le quatrième risque est relatif à des insuffisances dans la collaboration intersectorielle, notamment en ce qui concerne les problèmes environnementaux en rapport avec la santé (pollution du sol, de l'eau...).

## 11. PERSPECTIVES

La mise en œuvre de l'appui budgétaire sectoriel est effective depuis 2006. La consolidation du processus requiert la mise en œuvre de mesures d'accompagnement dont la formation des acteurs impliqués dans la gestion des crédits de l'ABS ; la poursuite de la déconcentration des crédits ; la transformation des postes comptables régionaux et locaux en régies d'avances ; l'institution d'une régie d'avances spéciale au niveau de la DAF ; la relecture de certains textes fondamentaux des finances publiques en vue de les adapter aux réalités actuelles notamment la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) ; la traduction du PO dans la Loi des Finances.

Le Gouvernement du Mali envisage de signer prochainement « le COMPACT » avec ses principaux partenaires dans le cadre du Partenariat International pour la Santé (*International Health Partnership - IHP+*).

Une évaluation indépendante/externe doit être envisagée avant la fin de la période de prolongation du PRODESS II pour apprécier la mise en œuvre du programme et apporter des corrections si il y a lieu.



# **ANNEXES**

**ANNEXE N°1 : INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS II PROLONGE COMPOSANTE SANTE**  
**ANNEXE N°2 : LES DETAILS DU BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT**

Dans la logique du prolongement du PRODESS II, la matrice des indicateurs de suivi a conservé sa structure initiale. Cependant, quelques changements ont été apportés pour retenir une liste de 113 indicateurs de suivi du PRODESS II prolongé. Dans le cadre de l'harmonisation et de l'alignement, une liste de 35 indicateurs « traceurs » extraits de la première liste a été élaborée pour servir au suivi du cadre commun lors de la revue commune du PRODESS II prolongé.

:

- Pour une facilité de compréhension, la matrice a été présentée en deux parties : la première correspondant aux objectifs du PRODESS II 2005-2009, et la deuxième correspondant aux objectifs du PRODESS II prolongé 2010-2011 ;
- Les objectifs chiffrés ont été révisés pour l'année 2009 et partant, des projections ont été faites jusqu'en 2011 tenant compte des performances des années 2006 et 2007, mais aussi des efforts en cours ou à venir pour accélérer l'avancée vers l'atteinte des OMD santé.
- Compte tenu des nouvelles préoccupations, quelques nouveaux indicateurs ont été introduits dans certains volets ; aussi n'est-il pas possible à l'heure actuelle de fixer un objectif chiffré à partir de 2009 pour ceux-ci, dans la mesure où le niveau de départ n'est pas connu.
- A noter que les indicateurs d'impact sont fournis par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) dont la périodicité est quinquennale. De ce fait, les dernières valeurs disponibles pour ces indicateurs sont celles de l'EDSM-IV (2006). Les objectifs chiffrés proposés pour 2011 ont été faits compte tenu des performances entre l'EDSM-III et IV. Ces objectifs seront évalués par comparaison aux résultats obtenus en 2006.
- Par ailleurs, dans le souci d'orienter les efforts vers les régions moins performantes, il a été proposé dans la liste du cadre commun des indicateurs tenant compte des disparités régionales pour certains indicateurs.





Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé		
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus
2.2	Nombre de personnel soignant bénéficiant de primes d'incitation à travailler dans les zones difficiles	SIGRH										
2.3	Taux de couverture des besoins minimum en spécialistes hospitaliers par niveau	SIH										
2.4	Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie et par spécialité au niveau des CSREF	Bilan C										
2.5	Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau CSCom	Bilan C			94,14%		96%			98%	100%	100%
2.6	Proportion de CSCom disposant d'1 chef de centre en place depuis au moins 2 ans	Bilan C										
2.7	Nombre de diplômés sortant des écoles de formation par catégorie et par spécialité et par an	Rapport INFSS										
	<b>Volet 3 Médicaments essentiels, vaccins, consommables</b>											
3.1	Disponibilité des médicaments du panier	Rapport superv / enquête	88%		90%		95%		95%	95%	95%	>=95% >=95%

Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé			
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011	
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus	
3.2	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs	DAF santé	≥ 95%		≥ 95%			≥ 95%		≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
3.3	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Rapport superv / enquête	3		3			3		3	3	3	3
3.4	Proportion d'échantillons ayant échoué aux tests de qualité du LNS	Rapport annuel LNS	≤ 10%		≤ 10%			≤ 10%		≤ 10%			
	<b>Volet 4 Qualité des services, &gt; demande et lutte c/o la maladie</b>												
4.1	Taux d'utilisation de la consultation curative	SLIS+SIH	0,25	0,26	0,27	0,26	0,29	0,29	0,31	0,35	0,33	0,34	0,34
4.2	Taux d'accouchements assistés	SLIS+SIH	47%	53%	50%	55%	53%	58%	56%	60%	60%	63%	65%
4.2.1	Taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié	SLIS+SIH						41%			45%	47%	49%
4.2.2	Ecart maximum régional avec la moyenne nationale												
4.3	Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) des enfants de moins d'un an	SLIS	88%	91%	90%	92%	91%	94%	92%	94%	≥90%	≥90%	≥90%
4.3.1	Ecart maximum régional avec la moyenne nationale												
4.4	Taux de couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de moins d'un an	SLIS	79%	78%	83%	82%	87%	89%	91%	92%	≥90%	≥90%	≥90%

Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé			
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011	
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus	
4.4.1	Ecart maximum régional avec la moyenne nationale												
4.5	Taux de couverture effective en CPN recentrée	SLIS+SIH					35			40%	43%	46%	
4.5.1	Ecart maximum régional avec la moyenne nationale												
4.6	Taux d'utilisation de la CPN	SLIS	64%	75%	68%	75%	72%	77%	76%	80%	80%	83%	86%
4.7	Proportion d'accouchements référés/évacués pris en charge	SLIS+SIH								100%	100%	100%	100%
4.8	Proportion de personnes avec l'infection de VIH avancé mis sous ARV (par tranche d'âge y inclus enfants et par sexe)	SLIS+SIH											
4.9	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	Bilan C	90%		100%		100%		100%	100%	100%	100%	100%
4.10	Proportion de nouveau-nés séropositifs nés de mères séropositives sous ARV	CSLS											
4.11	Proportion de CSCOM, de CSREF et de cliniques privées qui gèrent les déchets biomédicaux selon les normes préétablies	SLIS (2)			30%		40%		50%	50%			
4.12	Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes)	EDS			6,2					15%			10%
4.13	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	EDS			31%								25%
4.14	Nombre de couples année protection (CAP)	SLIS	96050 (6%)		112058 (7%)		128066 (8%)	68487 (2,37%)	144075 (9%)	160083 (10%)			

Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé			
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011	
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus	
4.15	Pourcentage d'enfants < 5 ans atteints de fièvre présumée palustre pris en charge dans les 24 heures	EDS	25%		35%	32,80%	45%		55%	60%			50%
4.16	Besoins obstétricaux non couverts	SLIS	46%		40%		35%		30%	25%	25%	20%	15%
4.17	Taux de réalisation de césarienne	SLIS+SIH	1%		2%	1,89%	3%	2,06%	4%	5%	3%	4%	5%
4.18	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	EDS	22%		32%	28,90%	42%		52%	60%			40%
4.19	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	EDS	22%		32%	27,10%	42%		52%	60%			40%
4.20	Pourcentage de la population sexuellement active ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque	EDS											
4.21	Femmes	EDS				16,7				50%			25%
4.22	Hommes	EDS				38,8				50%			45%
4.23	Proportion de CSRef ayant effectué deux supervisions intégrées ou plus vers les CCom	Bilan C											
4.24	Taux de détection de la tuberculose	PNLT						26%					
4.25	Taux de succès de traitement de la tuberculose (sous DOTS)	PNLT				69,70%		77%					
4.26	Proportion des ménages utilisant les latrines améliorées	EDS				34,40%							39%



Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé		
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus
4.27	% d'enfant de 0-6 mois allaités exclusivement au sein	EDS				37,80%						52%
4.28	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO	EDS				44,70%						50%
4.29	Pourcentage de femme enceinte ayant reçu deux doses de VAT au cours de la dernière grossesse avant l'enquête	EDS				48%						48%
4.30	Pourcentage de femme enceinte ayant reçu du fer	EDS				61%						61%
4.31	Traitement présumé intermittent pour la femme enceinte (TPI 2 doses)	EDS				11%						36%
4.32	Structure offrant la PTME (conseil sur le dépistage et sur l'alimentation du jeune enfant)	Rapport CSLS/DNS				0,10%						30%
4.33	% d'enfants complètement vaccinés à 18 mois	EDS				48%						57%
4.34	Pourcentage d'enfant de moins d'un an vacciné contre le BCG	EDS				75%						75%
4.35	Supplémentation vitamine A postpartum	EDS				41%						57%
4.36	% d'enfant de moins d'un an ayant reçu le vaccin polio oral (OPV)	EDS				56%						57%
4.37	Proportion d'enfant de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vit A	EDS				72%						72%
4.38	Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	SLIS				88%						100%







Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé		
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus
6.15	Part de recouvrement dans le budget total de l'établissement	SIH										
6.16	Nombre d'études/recherches accordées et validées par le comité de coordination en recherche en santé (CCRS)	Rapport annuel										
	<b>Volet 7 Capacités institutionnelles et décentralisation</b>											
7.1	Taux d'exécution budgétaire	DAF santé	≥ 95%		≥ 95%		≥ 95%		≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
7.2	Part du budget de la santé dans les charges récurrentes du budget d'Etat	Loi de finances	11,5%		12%		13%		13%	13,5%		
7.3	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT	DAF santé										
7.4	Pourcentage des ressources financières reparti dans le PO en conformité avec le CDMT	DAF santé										
7.5	Respect des critères d'équité dans la clé de répartition budgétaire	DAF santé										
7.6	Pourcentage des ressources financières exécuté en conformité avec le PO	DAF santé										
7.7	% de communes ayant signé une convention spécifique avec les services techniques, les ASACO et les ONG/associations	Rapport CADD							90%			



Indicateurs	Sources :	PRODESS II								PRODESS II Prolongé		
		2005		2006		2007		2008	2009	2009	2010	2011
		Objectifs		Objectifs		Objectifs		Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
		Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés	Prévus	Prévus	Révisés	Prévus	Prévus
nationaux												
7.17 % ressources extérieures issues des signataires du Compact	DAF santé											

Légende :

	Nouveaux indicateurs proposés
--	-------------------------------

Tableau II : Indicateurs du cadre commun

Indicateurs		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
1	Proportion de la population vivant à moins de 5km d'un CSCOM fonctionnel	50	51	58		60	62	64
2	Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) des enfants de moins d'un an	91	92	94		≥ 90	≥ 90	≥ 90
2.1	Ecart maximum régional de la couverture vaccinale DTCP3/ PENTA3 avec la moyenne nationale							
3	Taux d'accouchements assistés	53	55	59		60	63	65
3.1	Ecart maximum régional des accouchements assistés avec la moyenne nationale							
4	Taux de couverture en CPN recentrée			35		40	43	46
4.1	Ecart maximum régional de la couverture en CPN recentrée avec la moyenne nationale							
5	Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	78	82	89		≥ 90	≥ 90	≥ 90
5.1	Ecart maximum régional de la proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole avec la moyenne nationale							
6	Taux d'utilisation de la consultation curative	0,26	0,26	0,29		0,33	0,34	0,34
7	Taux d'incidence du paludisme dans les formations sanitaires	963	1 023	1 292				
8	Taux de prévalence de la tuberculose pulmonaire							
9	Taux de détection de la tuberculose	21%	26%	26%				45
10	% de CSCom SONUB			28%		32	33	34
11	% de CSRef offrant les SONUC			2%		6	8	9
12	Taux de Mortalité intra hospitalière	10,0	10,6	12,4				
13	Proportion des patients admis sur référence/évacuation	22,0	22,6	22,2				
14	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	44/62	47/55	45/60				
15	Ratios personnels soignants /habitants							
	Médecins/habitants		1/10 370	1/10 389				
	Sages- femmes/hbt		1/23 928	1/23 615				
	Infirmiers/Assist-Médicaux / hbts		1/4 190	1/3 365				
15.1	Ecart maximum régional Ratios personnels soignants / habitants avec la moyenne nationale							
16	Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau CSCom		94,14	96		98	100	100
17	Disponibilité des médicaments du panier			95%		95%	≥95%	≥95%
18	Taux de réalisation de la césarienne		1,89%	2,06%		3%	4%	5%
19	Proportion de nouveau-nées séropositives nées de mères séropositives sous ARV							



	Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
20	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV					100%	100%	100%
21	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance					3	3	3
22	Nombre de couples année protection (CAP)			68 487				
22.1	Proportion de couple année protection			2,37%				
23	Proportion de CSRef ayant effectué au moins deux supervisions intégrées dans chaque CSCom							
24	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs					>=95%	>=95%	>=95%
25	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau							
	CSRef		1058 F	1282 F		<=2000 F	<=2000F	<=2000 F
	CSCom		946 F	1107 F		<=1500	<=1500	<=1500
26	Taux d'exécution budgétaire					>=95%	>=95%	>=95%
27	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT							
28	% ress. récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1							
29	Taux de mortalité maternelle / 100000		464					344
30	Taux mortalité infanto-juvénile / 1000		191					150
31	Taux de mortalité infantile / 1000		96					56
32	Taux de mortalité néonatale / 1000		46					30
33	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans		32%					27%
34	Taux de prévalence du VIH/SIDA		1,3%					1%
35	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO		44,7%					50%

## ANNEXE N°2 :

Tableau I: Coûts réels par volet de la composante santé du PRODESS II prolongé (en milliers de Fcfa)

	Minimum	Moyen	Maximum
<b>TOTAL VOLET 1</b>	64 219 785	77 542 173	89 773 467
<b>TOTAL VOLET 2</b>	39 072 261	39 072 261	47 776 268
<b>TOTAL VOLET 3</b>	69 614 380	73 852 309	89 229 928
<b>TOTAL VOLET 4</b>	59 663 068	65 360 509	66 532 574
<b>TOTAL VOLET 5</b>	46 391 404	53 053 970	53 312 277
<b>TOTAL VOLET 6</b>	73 932 133	78 193 074	87 430 148
<b>TOTAL VOLET 7</b>	121 359 605	122 042 103	123 049 752
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>474 252 637</b>	<b>509 116 400</b>	<b>557 104 414</b>

Tableau II: Coûts réels par catégorie de dépense et par scénario (en milliers de FCFA)

CATEGORIE DE DEPENSE	Minimum	Moyen	Maximum
<b>I- 1.Equipements Techniques</b>	54 242 048	58 051 276	63 637 770
<b>I- 2 Mobiliers de bureau et Informatiques</b>	5 100 506	5 324 854	5 526 547
<b>I-3. RAC</b>	666 846	666 846	666 846
<b>I-4 Appareillages</b>	116 649	116 649	116 649
<b>I-5.Génie civil</b>	57 576 742	69 908 496	84 376 050
<b>I-6.Forages</b>	1 043 829	1 240 385	1 426 425
<b>I-7. Matériels de transport</b>	7 613 387	7 738 330	7 830 598
<b>I-8 Etudes et recherches</b>	10 394 571	10 418 571	10 448 571
<b>I-9. Formations de longue durée (diplomantes)</b>	10 851 835	17 241 238	24 061 565
<b>I-10 Assistance technique</b>	1 813 680	1 828 372	1 841 581
<b>F-1 Formation continue moins d'1 an/ recyclage</b>	16 342 486	16 730 135	17 135 893
<b>F-2. Supervision, monitoring et inventaire</b>	10 705 308	11 320 318	11 681 400
<b>F-3. Planification et coordination</b>	8 570 478	8 632 978	8 671 478
<b>F-4.Salaires et Accessoires</b>	34 568 955	35 347 137	36 488 895
<b>F-5 Primes et indemnités</b>	42 330 917	48 963 098	49 048 762
<b>F-6. Médicaments, Réactifs et gaz médicaux</b>	33 879 447	34 225 310	34 843 892
<b>F-7.Vaccins</b>	45 769 427	48 813 420	62 745 249
<b>F.8. Outils IEC</b>	26 824 101	30 835 623	31 401 570
<b>F-9. Consommables</b>	6 939 494	6 992 640	7 072 358
<b>F-10. Supports de gestion</b>	1 168 548	1 168 548	1 168 548
<b>F-11. Entretien et réparation</b>	6 799 853	7 821 228	9 149 925
<b>F-12. Alimentation</b>	669 960	669 960	669 960
<b>F-13 Subvention</b>	33 970 674	34 459 486	35 494 754
<b>F-14.Communication et Energie</b>	6 320 228	6 416 707	6 493 168
<b>F-15. Autres dépenses de fonctionnement</b>	49 972 668	44 184 794	45 105 961
<b>TOTAL</b>	<b>474 252 637</b>	<b>509 116 400</b>	<b>557 104 414</b>

Tableau III: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scenario minimum (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
<b>TOTAL VOLET 1</b>	25 722 619	20 742 433	17 754 733	64 219 785
<b>TOTAL VOLET 2</b>	10 611 326	12 874 698	15 586 237	39 072 261
<b>TOTAL VOLET 3</b>	17 461 340	22 673 843	29 479 198	69 614 380
<b>TOTAL VOLET 4</b>	15 500 271	19 879 237	24 283 559	59 663 068
<b>TOTAL VOLET 5</b>	5 390 557	12 915 582	28 085 265	46 391 404
<b>TOTAL VOLET 6</b>	23 245 462	24 075 296	26 611 375	73 932 133
<b>TOTAL VOLET 7</b>	40 673 104	40 152 860	40 533 642	121 359 605
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>138 604 679</b>	<b>153 313 949</b>	<b>182 334 009</b>	<b>474 252 637</b>

Tableau IV: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scénario moyen (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
<b>TOTAL VOLET 1</b>	33 094 840	24 786 615	19 660 719	77 542 173
<b>TOTAL VOLET 2</b>	10 611 326	12 874 698	15 586 237	39 072 261
<b>TOTAL VOLET 3</b>	18 303 452	24 013 230	31 535 627	73 852 309
<b>TOTAL VOLET 4</b>	16 427 908	21 761 391	27 171 210	65 360 509
<b>TOTAL VOLET 5</b>	5 879 484	14 698 745	32 475 742	53 053 970
<b>TOTAL VOLET 6</b>	24 636 438	25 484 013	28 072 623	78 193 074
<b>TOTAL VOLET 7</b>	40 882 432	40 377 406	40 782 265	122 042 103
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>149 835 881</b>	<b>163 996 097</b>	<b>195 284 422</b>	<b>509 116 400</b>

Tableau V: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scénario maximum (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
<b>TOTAL VOLET 1</b>	39 590 441	28 523 171	21 659 855	89 773 467
<b>TOTAL VOLET 2</b>	10 840 783	13 949 812	22 985 673	47 776 268
<b>TOTAL VOLET 3</b>	20 765 859	28 884 030	39 580 039	89 229 928
<b>TOTAL VOLET 4</b>	16 632 857	22 148 480	27 751 237	66 532 574
<b>TOTAL VOLET 5</b>	5 966 540	14 780 930	32 564 807	53 312 277
<b>TOTAL VOLET 6</b>	27 720 279	28 554 413	31 155 457	87 430 148
<b>TOTAL VOLET 7</b>	41 226 892	40 700 806	41 122 054	123 049 752
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>162 743 651</b>	<b>177 541 643</b>	<b>216 819 121</b>	<b>557 104 414</b>