

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



PROPOSITION EN VUE DU SOUTIEN DU PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR
LA SANTE (IHP), AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

SECRETARIAT PERMANENT DU PRODESS

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé

Tél : (223) 223 27 25 – Fax (223) 223 27 26 – Email : cpssante@cpssantemali.org

Proposition du Mali, en vue du soutien du Partenariat International pour la Santé (IHP), au Renforcement du Système de Santé

1. Contexte.

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.231 km. Le pays est divisé en 8 régions administratives et un district (Bamako). Il comprend, 49 cercles, 703 communes y compris les 6 du District de Bamako. Dans le cadre de la décentralisation appliquée au secteur de la santé, les dispositions réglementaires ont été prises pour le transfert de certaines compétences et ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales (CT) des niveaux Commune et cercle. Ces collectivités décentralisées sont dirigées par des organes élus qui sont respectivement le Haut Conseil des Collectivités (HCC), les Assemblées Régionales (AR), les Conseils de Cercle et les Conseils de Commune.

La population du Mali est estimée en 2006 à 11. 988 631 habitants (données actualisées du RGPH de 1998 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,8%). La densité moyenne est de 9,36 habitants au km². L'espérance de vie à la naissance en 2002 était de 44 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes (OMS 2002).

Les indicateurs sociodémographiques d'après les résultats de l'EDS IV 2006 se présentent comme suit : i) femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 21,06 % de la population totale ; ii) indice synthétique de fécondité : 6,6 enfants par femme; iii) taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes : 7%; iv) taux de prévalence du VIH : 1,3% avec un taux plus élevé chez les femmes :1,5% que chez les hommes : 1% et une évolution pessimiste prévisible puisque 2 jeunes sur 3 ne croient pas à l'existence du SIDA ; v) les enfants de 0 à 14 ans représentent 48 % de la population totale; vi) taux de mortalité infantile : 96 ‰ naissances vivantes; vii) taux de mortalité infanto juvénile : 191 ‰ naissances vivantes; viii) taux de mortalité maternelle : 582 pour 100 000 naissances vivantes.

Selon l'EDSM.IV, (i) le taux de mortalité infantile est de 96‰; (ii) le taux de mortalité infanto-juvénile est de : 191‰. ; (iv) la proportion des enfants de 12 à 23 mois, complètement vaccinés est de 48% ; (v) les taux de couvertures vaccinales par antigène est de : DTC3 :62%, BCG : 75%, VAR : 59%. Selon la même source, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes.

Au plan sanitaire, en plus des multiples problèmes qui grèvent la performance du système de santé du Mali, les besoins en ressources humaines compétentes et qualifiées pour la santé, restent encore immenses, particulièrement dans les zones de pauvreté, passant de 30% (zone 2, pauvre) à 70% (zone 1, très pauvre). Les Centres de Santé Communautaire (CSCOM), qui constituent avec les cabinets privés, les structures confessionnelles et la médecine traditionnelle, la porte d'entrée du système de santé, sont en grande partie tenus par du personnel non qualifié notamment, les aides soignants et les matrones.

Malgré les efforts déployés par le département de la santé en matière de motivation du personnel et d'amélioration de la qualité des services, force est de reconnaître qu'il demeure encore des problèmes, tels: i) l'insuffisance des Ressources humaines compétentes et qualifiées, aux différents niveaux (surtout CSCOM); ii) l'insuffisance dans la formulation des directives données à chaque unité opérationnelle, dans l'engagement et dans le travail en équipe ; iii) la mauvaise répartition des tâches entre les différents acteurs; iv) l'insuffisance de supervision de certains CSCOM; v) l'insuffisance de normes et de stratégies relatives à la qualité des soins, la rationalité des prescriptions, la prévention des infections ; vi) la faible dissémination des résultats d'études et/ou de recherches; vii) l'absence d'un système d'information sur la recherche en santé ; viii) l'insuffisance d'analyse et d'interprétation des données à tous les niveaux.; ix) la faible diffusion des lois et décrets relatifs au transfert des compétences et ressources en matière de santé auprès des acteurs clés; ix) le faible niveau de fonctionnement des organes de pilotage au niveau national, notamment la commission interministérielle sur la santé.

Face à cette situation, et conscient du rôle primordial de l'homme dans toute action de développement, le Ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires, a entrepris des actions visant à renforcer le système de santé.

La présente proposition du Mali, en vue du soutien du Partenariat International pour la Santé (IHP), pour le Renforcement du système de santé, s'inscrit dans le cadre général de la mise en œuvre du Plan décennal de développement sanitaire et social du pays, dont la deuxième tranche quinquennale, dénommée PRODESS II (Programme de Développement Sanitaire et Social) est en cours d'exécution. Les fondements politiques et institutionnels, les plans et les orientations stratégiques dudit Plan, ainsi que les organes (structures) de gestion sont résumés en annexes 5.3.1 et 5.3.2, du présent document.

2. Objectif de la proposition. L'objectif visé est de contribuer à l'amélioration de la productivité des agents de santé au travail, la qualité des services, les capacités institutionnelles et la recherche opérationnelle.

Les stratégies portent essentiellement sur : i) l'instauration d'un 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, ii) l'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel ; iii) les contrats de performance avec la société civile; iv) la supervision de la qualité des activités menées dans les structures sanitaires périphériques; v) la promotion des contrats de performance avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO) et les Collectivités décentralisées ; vi) le développement de la recherche au niveau opérationnel.

La mise en œuvre de ces stratégies se fera à travers les activités suivantes: La formation du personnel des services de santé en gestion des ressources humaines; le contrôle de la prescription rationnelle et du coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes ; le suivi de l'application et de l'évaluation de la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO ; l'amélioration de la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier des supervisions des Centres de Santé Communautaires et des

Centres de Santé de Référence (CSCOM/CSRef.); la mesure de l'effet des interventions des Directions Régionales de la Santé (DRS) sur l'amélioration des services de santé des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée.

3. *Activités principales du soutien de IHP au RSS et Calendrier d'exécution

Objectif		2008	2009				2010
		**T4	T1	T2	T3	T4	T1
Objectif	Contribuer à l'Amélioration de : la productivité des agents de santé au travail, la qualité des services, capacités institutionnelles, la recherche opérationnelle						
Activité 1	Former le personnel des services de santé en gestion de RH	x		x	x		x
Activité 2	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes	x		x		x	
Activité 3	Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO	x		x	x	x	
Activité 4	Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.)	x	x	x	x	x	x
Activité 5	Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services de santé des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée		x		x		x

4. Coût de la mise en œuvre des activités du soutien de IHP au RSS (en milliers de Dollars US)

Domaine de soutien	Coût par année			
	Année de la proposition a IHP	Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Total des Coûts
	2008	2009	2010	
Coûts des activités				
Objectif Contribuer a l'Amélioration de la productivité des agents de santé au travail, la qualité des services, capacités institutionnelles, la recherche opérationnelle	***808.13			
Activité 1 Former le personnel des services de santé en gestion de RH	27.60	305.69	49.96	383.25
Activité 2 Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes	7.37	50.14	7.37	64.88
Activité 3 Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les collectivités et les ASACO et le MC de cercle	6.99	151.64	13.97	172.6
Activité 4 Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.)	11.68	72.75	11.68	96.11
Activité 5 Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services de santé des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée	6.96	72.75	11.68	91.39
Total du coût des activités par année	60.50	652.97	94.66	808.13

Le tableau de l'annexe 2, (page iii) montre la répartition des coûts par année et par sources de financement (Etat, IHP, GAVI, Autres')

* Le tableau relatif aux Activités principales du soutien de IHP au RSS, le Calendrier d'exécution et les entités responsables est placé en annexe, à la page suivante

**Abréviation de trimestre (en français)

*** Taux d'échange actuel : 1 USD = 492 francs CFA

5. ANNEXES

5.1 : Tableau des Activités principales du soutien de IHP au RSS avec le Calendrier d'exécution et les Entités responsables

Domaine du soutien		2008	2009				2010	Entités responsables
		T4	T1	T2	T3	T4	T1	
Objectif	Contribuer à l'Amélioration de : la productivité des agents de santé au travail, la qualité des services, capacités institutionnelles, la recherche opérationnelle							
Activité 1	Former le personnel des services de santé en gestion de RH			x	x		x	MS, Société Civile (FENACOM, GPSP)
Activité 2	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes			x		x		MS, Ordres professionnels sanitaires
Activité 3	Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO	x		x	x	x		MS, Société Civile (FENACOM, GPSP)
Activité 4	Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.)		x	x	x	x	x	MS, Société Civile
Activité 5	Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services de santé des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée		x		x		x	MS, Société Civile

Le tableau de l'annexe 5.2, à la page suivante montre la répartition des coûts par année et par sources de financement (Etat, IHP, GAVI, Autres')

5.2 : ****Tableau de répartition des coûts par année et par sources de financement (Etat, IHP, GAVI, Autres')

Domaine de soutien	Année 1 de mise en oeuvre				Année 2de mise en oeuvre				Année 3 de mise en oeuvre			
	Part réservée a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires
Objectif 1 Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques												
Activité 1.1 Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	46,040		101,880		49,493		101,880		68,369		127,350	
Activité 1.2 Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue			144,375				69,375				46,250	
Activité 1.3 Former le personnel des services de santé en gestion de RH	98,320	98,320			98,320	98,320			98,320	98,320		
Objectif 2 Améliorer la qualité des services de santé												
Activité 2.1 Former les équipes-cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	40,625		20,313	20,313	30,625		15,313	15,313	30,000		15,000	15,000
Activité 2.2.1 Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances			145,626				152,941				193,463	
Activité 2.2.2 Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires				68,050				75,050				103,000
Activité 2.3 Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes.	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500
Activité 2.4 Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	112,500			112,500	262,500			262,500	525,000			525,000
Activité 2.5 Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition			5,625	5,625			13,125	13,125			3,750	3,750
Activité 2.6 Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	62,250				59,000				73,750			

Domaine de soutien	Année 1 de mise en oeuvre				Année 2de mise en oeuvre				Année 3 de mise en oeuvre			
	Part réservée a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires
Activité 2.7 Appliquer les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés												
Activité 2.8 Recruter un AT pour chaque région des deux zones de pauvreté pour prendre en charge les districts les moins performants	72,000			72,000	72,000			72,000	36,000			36,000
Objectif 3 Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation												
Activité 3.1 Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.		57,500				27,500				85,000		
Activité 3.2 a Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSCOM)	53,888		107,776	107,776	53,888		107,776	107,776	53,888		107,776	107,776
Activité 3.2 b Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)	48,510		97,020	97,020	48,510		97,020	97,020	48,510		97,020	97,020
Activité 3.3 Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)	42,480		84,960	84,960	21,240		42,480	42,480	21,240		42,480	42,480
Activité 3.4 Intégrer au niveau des aires de santé, les micros plans des ASACO dans celui des Collectivités communes	369,075				210,900				210,900			
Activité 3.5 Renforcer les compétences des felascom pour appuyer les ASACO	26,363				35,150				8,788			
Activité 3.6 Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	67,985				72,682				4,859			
Objectif 4 Renforcer le système de monitoring et d'évaluation, en mettant un accent particulier sur les services périphériques												

Domaine de soutien	Année 1 de mise en oeuvre				Année 2de mise en oeuvre				Année 3 de mise en oeuvre			
	Part réservée a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservé a GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires
Activité 4.1 Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé	102,465		102,465	204,930	102,465		102,465	204,930	102,465		102,465	204,930
Activité 4.2 Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)		21,384				22,988				25,287		
Objectif 5 Renforcer la recherche opérationnelle en santé												
Activité 5.1 : recherche opérationnel concernant les activités novatrices du système de santé et la capitalisation des expériences notamment :												
- Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées,	0				30,000				0			
- Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.	0				30,000				0			
- Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM,	63,000				0				0			
- Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé,	0				70,000				0			
- Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée		13,500				13,500				0		
Activité 5.2 Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement	30,000				0				0			
TOTAL	1,250,000	205,204	824,539	787,673	1,261,272	176,807	716,874	904,693	1,296,588	223,106	750,053	1,149,456

**** Dans la répartition des coûts par année et par source de financement, la part réservée a IHP s'élève a 605 119 000 fcfa, soit environ 1 229 916 USD. Pour rentrer dans le budget disponible proposé par IHP, nous avons réduit/ramené les coûts a 808.130 USD

5.3.1 Rappels des Fondements politiques et Institutionnels, des Plans et Orientations stratégiques en matière de santé au Mali

Le Mali a adopté en 1990, une politique sectorielle de santé et de population qui est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'Initiative de Bamako. Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Un Plan décennal de développement sanitaire et Social (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. Le PDDSS est exécuté en Quinquennats dont la deuxième phase (PRODESS II) est en cours d'exécution. Le décret n° 1/115/PM-RM du 27 février 2001 définit les missions des différents organes en charge de l'orientation, de la coordination et de l'évaluation du PRODESS.

En 2002, le Gouvernement du Mali s'est engagé dans l'élaboration d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui servira de cadre de référence aux politiques et stratégies de développement en matière de lutte contre la pauvreté. En effet, il est apparu nécessaire d'intégrer les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro économique cohérent. Ce document est le principal instrument de négociation avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF).

C'est ainsi que le Département de la santé a entamé la révision du PRODESS en vue de l'harmoniser avec ce cadre de réduction de la pauvreté, à travers une analyse de la situation sanitaire et des liens entre la santé et la pauvreté. Cette analyse a permis de faire un certain nombre de constats et d'en déduire des orientations stratégiques pour la contribution du secteur santé au document de Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), dont la 2ème génération dénommée Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCR 2007-2011) fut validé par le Gouvernement malien en novembre 2006.

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

L'ampleur de la pauvreté varie selon le milieu de résidence (urbain, rural), le secteur d'activité (primaire, secondaire et tertiaire), l'âge et le sexe. Pour apprécier le lien entre l'état de santé des populations et l'utilisation des services de santé avec le degré de pauvreté, le pays a été divisé en zones selon le gradient de pauvreté. Ainsi les régions du Mali ont été regroupées en 3 zones selon le degré de pauvreté basée sur la proportion de pauvres vivants dans les régions (zone 1 : très pauvre, zone 2 moyennement pauvre et zone 3 moins pauvre). La zone 1 couvre les régions de Mopti, Koulikoro, Ségou, Sikasso ; Cette zone abrite 66% de la population du Mali. La zone 2 couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal. Elle est trois fois moins peuplée que la zone 1. Le district de Bamako constitue la zone 3, il couvre 13% de la population.

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

Le PDDSS a pour objectif « l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays ». Ses objectifs intermédiaires sont : « assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux et de santé de qualité ; réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies prioritaires ; lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ; promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation ; accroître la performance des services de santé et d'action sociale ; garantir un financement équitable et durable des systèmes de santé et d'action sociale ». Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et urbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé.

Dans le cadre du PRODESS, l'accent est mis sur l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres : constructions, réhabilitation, relance des CSCOM non fonctionnels, ainsi que le développement de partenariats avec les prestataires du secteur privé. Des stratégies alternatives (stratégie avancée, équipe mobile et relais communautaires, promotion des pratiques familiales) sont en cours, dans les zones enclavées et peu peuplées. Dans la zone 1 (très pauvre), les indicateurs de mortalité et de morbidité sont les plus élevés du pays et il faut aussi améliorer la qualité et favoriser la fréquentation des structures existantes. Dans la zone 2 (moyennement pauvre), les populations ont nettement moins accès aux services essentiels et il faut commencer par renforcer les activités des équipes mobiles. Dans la zone 3 (urbaine: Bamako), il s'agit de promouvoir des approches multisectorielles adaptées aux quartiers les plus pauvres, incluant notamment la lutte contre la malnutrition et la prévention active du VIH/SIDA.

Pour atteindre les objectifs de la politique sectorielle de santé, les stratégies suivantes ont été énoncées : i) la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ; ii) la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament

essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique; iii) la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ; iv) la promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire complémentaires du système public.

Pour étendre la couverture sanitaire, la politique sectorielle a opté pour les Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Elle a adopté comme stratégie majeure de faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique vers une plus grande fonctionnalité. Ainsi le rôle de planification, de programmation, de budgétisation et de mise en œuvre a été confié au niveau cercle, celui d'appui technique à la région et enfin celui d'appui stratégique et de développement des normes au niveau central. Chaque élément ou structure de ce dispositif est en liaison avec les autres et l'ensemble fonctionne comme un système efficace. L'extension s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la couverture géographique et d'accessibilité financière à des services de santé dont la qualité est garantie. Telle qu'envisagée, l'extension intéresse l'ensemble du système de santé de zone : i) le premier échelon est constitué par les CSCOM, CSA, les établissements de soins privés, et les établissements de médecine traditionnelle; ii) le deuxième échelon est constitué des centres de santé de référence de cercle; iii) le troisième échelon comprend outre, la Direction de zone sanitaire, les EPH régionaux.

a) Services de santé de premier échelon:

Avant la mise en œuvre de la nouvelle politique sectorielle de santé et de population, les services de santé ne couvraient que 40%(1) de la population située dans un rayon de 15 km. La politique sectorielle, a permis de responsabiliser les populations dans la création et la gestion des structures sanitaires. Organisées en association de santé communautaire (ASACO), les populations peuvent créer et gérer les CSCOM et les CSA revitalisés. Les nouveaux textes prévoient leur implication dans la gestion des centres de santé de cercle à travers les conseils de gestion.

Les années de mise en œuvre de cette politique ont permis, la mise en place progressive de CSCOM et CSAR. Ces structures ont en charge d'offrir aux populations des aires de santé le paquet minimum d'activités (PMA). Ce paquet comporte entre autres les activités relatives à la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires, les soins pré et postnataux, la planification familiale, la couverture des accouchements, la surveillance des enfants sains y compris la prévention et la lutte contre la malnutrition, la promotion de l'hygiène du milieu.

b) Centres de santé de cercle (CSC) :

La politique sectorielle de santé et de population a fait sienne les principes du système de santé de district. Ainsi, le système de santé de chaque cercle (district) comporte des structures de santé de premier niveau (CSCOM, CSA et autres) qui ont pour référence le centre de santé de cercle. Ce dernier remplit deux fonctions essentielles :

- une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, de budgétisation, de suivi et de coordination de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire et social de cercle. A travers cette fonction, le CSC assume les tâches de supervision et d'appui technique pour les structures du premier niveau. Il s'agit de donner des conseils et des orientations au personnel des aires de santé dans le cadre de leurs activités de supervision et de formation des agents relais des villages, mais aussi des prestations relatives à l'hygiène du milieu et au développement communautaire. Les CSC de cercles implantés dans les chefs lieux de région n'assumeront que cette fonction, les hôpitaux régionaux se chargeant des fonctions cliniques. Ces centres qui fournissent actuellement des prestations curatives et préventives évolueront progressivement vers cette situation, une étude sera réalisée pour préciser les modalités de transfert des activités aux hôpitaux de deuxième référence ;
- une fonction de référence clinique, lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon. Il s'agit entre autres des cas nécessitant la chirurgie, les explorations radiologiques, les examens biologiques ou une hospitalisation.

c) Etablissements hospitaliers :

Les différentes évaluations ont permis de chiffrer les besoins d'investissement du secteur hospitalier. La programmation annuelle des investissements telle qu'elle est donnée, est fondée sur un schéma d'actions volontaristes qui tient compte des insuffisances observées. Elle est indicative dans la mesure où les interventions dans le secteur hospitalier demeurent conditionnées à l'élaboration et l'adoption de leur projet d'établissement.

Partant des besoins précédents, un paquet minimum d'actions prioritaires a donc été envisagé pour chaque hôpital. La réalisation des interventions programmées décrites et chiffrées nécessitera l'élaboration d'un projet d'établissement pour chaque structure concernée.

La mise en œuvre du PRODESS dans le secteur hospitalier sera fondée sur le principe de l'acceptation de ces projets d'établissements. Ainsi, les hôpitaux éligibles au financement du PRODESS seront ceux qui auront élaboré et soumis à l'approbation, leur projet d'établissement.

(1) Ministère de la Santé du Mali (1998) : Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I)

L'élaboration de ce projet reposera pour les structures existantes sur la mise en place préalable d'un système informatisé d'informations médicales et financières enregistrant les données. Pour cela, les hôpitaux auront besoin d'un appui qui sera fourni par l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux. En outre, cette dernière soutiendra le développement de nouvelles procédures comptables et gestionnaires.

Des financements ont été mobilisés pour permettre ces différents appuis. Les premières années du PRODESS ont été consacrées au renforcement des capacités hospitalières. L'élaboration d'un projet d'établissement nécessitant un délai assez long, les hôpitaux devraient bénéficier pendant cette phase transitoire de la réalisation d'un programme minimum. Sauf, situation exceptionnelle, il devra s'appuyer sur le niveau actuel de l'établissement en excluant toute extension importante de ses capacités techniques. Une priorité sera accordée à l'accessibilité aux médicaments essentiels, à la mise en place d'un système informatisé d'informations médicales et financières et à un appui technique par des structures et ressources humaines compétentes.

Les hôpitaux représentent un maillon essentiel de la référence et de la contre référence. Ils constituent également le lieu de formation clinique des médecins et des paramédicaux, et d'initiation à la recherche ; par conséquent, ils déterminent les conduites de l'ensemble du personnel soignant.

L'accès à la performance et à la viabilité du système de soins dépendra de la possibilité pour les hôpitaux de mener à bien les missions définies ci-dessus. Pour ce faire, ils devront développer les capacités suivantes : i) élaborer un projet d'établissement conformément aux principes édictés par la loi hospitalière. Ce projet constituera le document technique et financier sur lequel devra reposer l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque hôpital; ii) gérer le patrimoine et les ressources; iii) intégrer le centre hospitalier universitaire pour renforcer leurs rôles dans la formation initiale, continue et spécialisée des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes et de disposer de postes d'accueil permettant au personnel soignant qui travaille dans les formations sanitaires périphériques de bénéficier régulièrement des stages de formation continue; iv) assurer la permanence des soins de qualité; v) collaborer étroitement avec les professionnels de santé dans le cadre de l'organisation de la référence.

d) Etablissements spécialisés

Les services et établissements spécialisés doivent mener des activités spécifiques ponctuelles ou permanentes en appui aux hôpitaux dans leur mission de soins, de formation et de recherche. Il s'agit d'entités menant des activités de production de services spécifiques concourant à la santé sans développer nécessairement une fonction hospitalière. Dans leur domaine, ils constituent des centres de référence nationaux. Ces établissements participent à la formation et à la recherche et contribuent à l'amélioration de la qualité des soins en fournissant aux services hospitaliers les prestations qu'ils ne peuvent s'offrir avec leur plateau technique. Certains établissements sont à renforcer et d'autres à créer au cours du premier quinquennat.

e) Renforcement du secteur pharmaceutique

Un des objectifs majeurs de la politique sectorielle de santé et de population est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels, en les rendant accessibles géographiquement et économiquement. La disponibilité des médicaments essentiels en DCI, constitue aujourd'hui un acquis du système de santé aussi bien dans le circuit public que privé. Cependant, cet acquis reste fragile, aussi des actions prioritaires méritent d'être conduites, elles sont inscrites pour l'essentiel dans le cadre du renforcement du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels, mis en œuvre depuis trois ans.

Planification/gestion, suivi/évaluation et financement du Programme. Le PRODESS est mis en œuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali, la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre d'appui au développement et à la mise en œuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les PTF, au lieu de financer des activités dans une logique de projet, cofinancent les activités d'un programme afin de garantir la cohérence de la politique de santé. Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées, avec des objectifs communs (PRODESS), une planification commune, des structures/organes de gestion, des missions conjointes de suivi, des audits externes et des enquêtes.

Le Département de la santé du Mali a décidé d'allouer la nouvelle marge budgétaire aux sept domaines (ou volets) prioritaires dans son Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) : cinq destinés à lever les goulots d'étranglement par rapport à la production de santé au niveau des ménages, des communautés et des systèmes de soins ; deux pour créer l'environnement politique pour que cela puisse se faire.

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, il a été spécifié la marge budgétaire dont le Département de la santé devra disposer en rapport avec une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur: on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes les sources confondues de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2009.

Le CDMT donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus. Ce qui est innovant dans ce domaine, c'est l'abandon de la structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles. En perspectives, le CDMT (2003-2007) du secteur de la santé, déjà élaboré, et la deuxième phase du PRODESS (2005-2009), en cours d'exécution, permettront l'affectation et l'absorption davantage de ressources financières afin d'atteindre les objectifs du CSLP et les OMD dans le secteur de la santé. En effet, l'approche CDMT et l'élaboration du PRODESS II visent à corriger les principales faiblesses et goulots d'étranglement constatés au niveau de ce secteur et améliorer ses performances.

Domaines (volets) prioritaires définis dans le cadre de la composante santé du PRODESS

La Logique des interventions, tout comme les résultats stratégiques de la composante santé du PRODESS II sont intimement liés aux objectifs et aux stratégies du CSLP/CSCR : la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des Infections respiratoires aiguës (IRA), des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

Celle-ci a été établie tout d'abord dans un cadre logique par volet. La méthodologie utilisée était celle de la GAR (Gestion axée sur les Résultats). A partir de la définition de l'effet spécifique de chaque volet, il a été défini les extrants. Chaque extrant est à réaliser à travers un certain nombre d'interventions (activités et investissements). Pour chaque effet spécifique et extrants un ou plusieurs indicateurs ont été définis.

La composante santé du PRODESS est donc articulée autour de sept (7) domaines prioritaires qui sont:

i) L'accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires : il s'agit d'améliorer cet accès aux soins primaires et de première référence, notamment dans les zones de pauvreté. Elle vise l'accès des populations à des soins de qualité à travers des stratégies spécifiques et ciblées qui rendront les services disponibles et accessibles dans les structures publiques, communautaires et privées avec un accent pour les zones pauvres, les zones déshéritées, et/ou d'accès difficile. Les trois niveaux de la pyramide ont été ainsi considérés en intégrant le privé dans le cadre d'un partenariat pour un développement sanitaire durable.

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

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

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

ii) La disponibilité, la qualité et la gestion des ressources humaines. L'emphase est mise sur la disponibilité de ressources humaines suffisantes compétentes, qualifiée et motivées, l'un des principaux garants de la qualité et de la continuité des services offerts à la population. Dans ce cadre, différentes stratégies furent développées, notamment : i) 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 ; ii) le renforcement des capacités de production en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations) ; iii) la formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels ; iv) 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 ; v) l'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance ; vi) 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 ; vii) 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.

iii) la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux. Il s'agit de rendre accessible à l'ensemble de la population malienne et de façon continue, toute la gamme des médicaments essentiels de qualité et à un coût abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elle utilise. Pour y parvenir, les stratégies ci-après furent développées, notamment : Le renforcement des capacités des structures de production des médicaments et de contrôle du secteur pharmaceutique ; La garantie de la qualité des médicaments et dispositifs médicaux ; L'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution des ME, vaccins et consommables médicaux ; Le renforcement de DMT/INRSP à diversifier la recherche dans la mise au point des MTA et la production à large échelle des matières premières végétales ; La relance des activités de l'UMPP en orientant sa production vers les ME de base ; La formation du personnel ; L'IEC ; La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, l'iode, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques ; La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux.

iv) l'Amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie. Elle vise à créer, au niveau des districts sanitaires, les conditions et les aptitudes nécessaires pour assurer une production efficace et efficiente de santé aux populations notamment les plus défavorisées. Au cours du quinquennat, la capacité du personnel de santé et les plateaux techniques seront renforcés pour favoriser l'application des normes et procédures élaborées et diffusées pour une meilleure prise en charge des cas. L'emphase sur la population pauvre doit permettre i) la réduction de la mortalité neo-natale, infantile et infanto-juvenile en répondant aux problèmes des Infections respiratoires aiguës (IRA), des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; et ii) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux besoins en soins maternels, prénatals, obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

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

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

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

Concernant la lutte contre le VIH/SIDA, le programme vise à : prévenir la transmission dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables et la transmission mère enfant ; à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et à alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté : réduire l'impact sur les services de santé ; à instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personnes. En cohérence avec les objectifs et conformément à la politique gouvernementale, des axes stratégiques ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du Plan sectoriel de la santé 2005-2009 relatives au programme national de lutte contre le SIDA. Le programme prévoit entre autres une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de centres de soins d'Animation et de Conseil (CESAC) dans les régions, pour la prise en charge décentralisée des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

En effet, le Plan sectoriel 2005-2009 de la santé portant sur la lutte contre le VIH/SIDA prévoit des actions dans le domaine de la prévention, de la transmission mère enfant du VIH (PTME) dont le financement se fera à travers le budget d'Etat et sur l'apport des partenaires techniques et financiers.

Bien que le niveau de prévalence du VIH/SIDA soit relativement faible au Mali par rapport à la sous-region, il est nécessaire de prendre des mesures urgentes pour éviter toute augmentation. Cela nécessite l'amélioration de l'éducation des populations dans ce domaine à travers, entre autres, des campagnes de sensibilisation et des actions de promotion des moyens de protection contre cette pandémie.

En matière de lutte contre la tuberculose. Le VIH/SIDA a occasionné la recrudescence de la tuberculose, ce qui amplifie l'ampleur de cette maladie sociale encore insuffisamment combattue. Dans le cadre du PRODESS, les interventions conséquentes à mener visent : le renforcement des capacités des laboratoires en équipements et réactifs pour l'établissement du diagnostic et le suivi du malade ; la formation du personnel en DOTS (Observance Directe du Traitement) et la décentralisation de cette stratégie au niveau des CSCOM ; l'approvisionnement

régulier des établissements de santé publics et communautaires en médicaments spécifiques; la prise en charge de l'ensemble des cas dépistés par la méthode DOTS ; le suivi et la supervision régulière du personnel par les niveaux districts (CSREF) et national.

La lutte contre le paludisme est centrée sur la promotion des mesures préventives, le renforcement de la capacité du personnel et des relais communautaires. Aussi, les interventions prioritaires porteront sur la promotion de la subvention et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (mii) notamment aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans ; la promotion du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes les 4^{ème} et 8^{ème} mois de la grossesse lors des CPN. La lutte anti-vectorielle sera organisée de façon intersectorielle avec l'implication effective des collectivités territoriales et portera sur l'assainissement, notamment l'évacuation des eaux usées; le traitement des gîtes larvaires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

v) L'accessibilité financière, le soutien à la demande et la participation. Elle se fera par : i) la promotion du système de micro planification et monitoring local ainsi que sa consolidation au niveau cercle ; ii) la subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables, les SRO, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques ;iii) le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins ; iv) Les facilités accordées aux groupes les plus pauvres, en ce qui concerne le paiement des consultations, des médicaments, des préservatifs et des soins préventifs dans les établissements de santé ;v) la promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres ;vi) le renforcement de la capacité de gestion des ASACO et des municipalités ; vii) la révision du système de tarification dans les établissements ;viii) le soutien aux formes traditionnelles efficaces de solidarité ; ix) le développement de l'interface entre les établissements de santé et la population ; x) le développement de la micro assurance pour les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et enfants malades.

vi) La réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de recherche. Dans ce cadre, 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 œuvre de leur plan d'action. Au niveau des Etablissements Hospitaliers (EH), la réforme met l'accent sur : la disponibilité et l'amélioration de la qualité des soins ; le développement du

système de référence et de contre référence ; l'Organisation de la formation initiale et continue ; la Participation à la résolution des problèmes de santé publique ; le Renforcement du cadre institutionnel et l'Amélioration du cadre gestionnaire des hôpitaux. Au niveau des Autres Etablissements de Recherche, l'emphase est mise sur l'amélioration de la qualité de la recherche, de la participation des établissements spécialisés à la formation, du contrôle de qualité des produits et du cadre gestionnaire des établissements spécialisés; le renforcement du cadre institutionnel des établissements spécialisés.

vii) Le renforcement des capacités institutionnelles et la décentralisation. Les stratégies pour améliorer l'accès des pauvres aux soins de qualité requiert ainsi, 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.

C'est ainsi que les collectivités territoriales, auxquelles le département de la santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières (2), doivent désormais être capables de gérer efficacement les problèmes de santé dans les communes, les cercles et les régions et que, les services de santé accomplissent leur mission et leur rôle dans la mise en œuvre du PRODESS.

Forces du système de santé (2)(3)(4)(5)

Le gouvernement du Mali a mis en place depuis plusieurs années un système de santé innovant basé sur une réelle participation et une prise de pouvoir des communautés dans la gestion de leurs CSCOM.

Les points forts de ce système se sont fait ressentir à tous les niveaux, notamment les politiques de santé, la gestion des ressources humaines et financières, la participation active des différents acteurs, les infrastructures, la planification/gestion des activités et l'accès aux soins de santé.

Au niveau des politiques de santé :

- La politique de santé est clairement définie par le département de la santé du Mali. Elle est cohérente. Sa pertinence est reconnue et les PTF y adhèrent.
 - Il existe une réelle convergence entre la politique de santé et la politique de développement social, toutes deux intégrées en une seule politique sectorielle de développement socio-sanitaire.
 - Un processus de décentralisation est en cours, même si actuellement, pour la santé la décentralisation concerne les compétences mais pas encore les ressources financières et humaines.
-
- Le système de santé est assez réactif : des initiatives et des expériences intéressantes sont réalisées : mutuelles de santé, médecins de campagne, nouveau système de gestion et de financement d'un cercle de santé (expérience de Sélingué), etc. Mais ces expériences sont peu capitalisées.
 - La politique de prescription des médicaments sous forme DCI est de mieux en mieux acceptée par les prescripteurs, principalement au niveau des cercles, même si le recours aux spécialités est encore trop fréquent (principalement au niveau du privé et des hôpitaux de référence.

(2) Décret 02- 314

(3) ESP-ULB (2007) : Forces et faiblesses du Système de santé du Mali

(4) Ministère de la Santé/SNV Mali (2005) : Rapport d'évaluation-Programme de renforcement des capacités des acteurs du PRODESS

(5) ETC Crystal – HERA – Alter (2002) : Rapport d'évaluation externe –PRODESS I

En termes de ressources humaines et financières :

- Les ressources financières allouées au système de santé sont élevées : près de 30 USD/hab. et par an en 2006 – et sont en forte augmentation : plus de 50% depuis 2000. Mais cette augmentation concerne avant tout les zones les plus favorisées (Bamako) et donc, en termes d'équité, la situation a empiré. Dans les zones les plus pauvres, les ressources financières ne se sont pas améliorées et la participation des ménages reste très élevée. Dans plus de 60% des cas les familles maliennes doivent déboursier des sommes catastrophiques (plus de 40% de leurs dépenses non récurrentes) pour une simple consultation curative (coût moyen de plus de 5.000 FCFA).
- La faculté de médecine forme un nombre important de médecins ainsi que l'institut de formation en sciences de la santé pour le personnel infirmier. En première analyse, le nombre absolu de prestataires de soins disponibles sur l'ensemble du pays semble suffisant. C'est leur répartition géographique, leurs compétences et leur motivation qui posent des difficultés.

En ce qui concerne la participation des différents acteurs :

- Les relations entre le MS et les PTF sont très bonnes et ouvertes. Le MS a mis en place un système efficace de modalités conjointes de suivi et d'échanges à travers le comité technique et le comité de suivi.
- Les grandes catégories d'acteurs sont regroupées au sein d'associations représentatives, PTF, ONG santé, Guérisseurs traditionnels, Population (FENASCOM qui a obtenu le statut d'institution d'utilité publique).
- La participation des communautés est bien structurée au niveau des aires et des cercles de santé (ASACO et FENASCOM).

En ce qui concerne les infrastructures :

- La planification des infrastructures est quasi complète : 785 CSCOM, 59 hôpitaux de districts et 11 Hôpitaux de 2^e et 3^e référence sur respectivement 1070, 59 et 11 prévus (mais dans le Nord, 50% des CSCOM prévus doivent encore être construits).
- Un système de radio communication (RAC) entre CSCOM et Centres de Santé de Référence est opérationnel dans quasi tous les cercles de santé (même si l'entretien de l'équipement pose parfois problème).

En ce qui concerne la planification et la gestion des activités :

- La planification (PO, CROCEP,...) est très développée avec une réelle participation des prestataires et une approche de bas en haut effective.
- Les programmes verticaux sont bien structurés, les stratégies sont définies et certains fonctionnent très bien (ex : le PNLT).
- Le concept de « gestion axée sur les résultats » sous-tend les efforts de planification.
- Les médicaments génériques et certains médicaments traditionnels améliorés sont en général disponibles au niveau des CSCOM et des Centres de Santé de Référence.
- Le système d'information sanitaire est très développé et permet d'assurer un très bon suivi des résultats (utilisation, couverture sanitaire, etc.) des cercles de santé. Le système est assez bien maîtrisé par les prestataires. Il serait opportun d'intégrer des aspects qualitatifs (processus et qualité des soins). La qualité et la fiabilité des données hospitalières doivent être améliorées.
- La transparence et l'efficacité de la gestion des finances du secteur santé s'améliorent fortement.

En termes d'accès aux soins de santé :

- La couverture sanitaire (76% de la population vivant à moins de 15 km d'une structure de santé) s'est fortement améliorée.
- Des stratégies spécifiques (équipes mobiles polyvalentes, stratégies avancées) ont été mises en place pour les zones d'accès difficile ou à population mobile.
- Le gouvernement a fait un effort spécial pour diminuer le prix des médicaments génériques pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population.
- La référence des urgences obstétricales est organisée et la césarienne est gratuite pour la patiente (l'acte et les frais médicaux mais pas le transport).
- La chirurgie d'urgence est disponible dans la majorité des districts de santé : bloc chirurgical équipé avec médecin généraliste à compétence chirurgicale, oxygène et équipement de laboratoire pour pratiquer la transfusion. Mais la formation chirurgicale des médecins laisse parfois à désirer.
- La santé de la mère et de l'enfant a été améliorée : large distribution de moustiquaires imprégnées lors des CPN, gratuité du traitement du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans.
- Décentralisation récente dans les régions et dans certains districts du dépistage VIH, mise à disposition et gratuité des antirétroviraux.

5.3.2 Organes (Structures) de Gestion du PRODESS

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

- **Le Comité de suivi du PRODESS** co-présidé par le Ministre de la Santé (MS) et le Ministre du Développement Social de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA) avec comme vice-présidents, un représentant des partenaires techniques et financiers (PTF) et un représentant de la société civile. Il est composée des représentants des services rattachés, 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 et selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS.

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

- **Le Comité de Pilotage** : il est également co-présidé par le Secrétaire Général du MS et le Secrétaire Général du MDSSPA. Il 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'étranglement, les contraintes et les obstacles.

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

- **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 Président du Conseil de cercle 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 ans.

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 a Comité technique.

- **Evaluation a mi-parcours et finale** : Le PRODESS fait l'objet de deux évaluations externes : une à mi-parcours et l'autre a la fin du PRODESS. Les thèmes et les TDR de ces évaluations seront définis et les experts choisis conjointement par le MS et les PTF.

- **Audits du PRODESS** : les audits internes du MS sont effectués régulièrement et la mise en œuvre du PRODESS fait l'objet d'un audit annuel externe technique et financier.

Le suivi de l'exécution se fait à partir des outils de planification, de suivi et d'évaluation qui sont les bilans, les rapports d'activités, les rapports des missions conjointes avec les partenaires, les audits internes et externes et les plans opérationnels. La planification commence du niveau opérationnel vers le niveau central.