



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



INVENTAIRE DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ DU MALI & PROPOSITION D'UN NOUVEAU FORMAT DE BASE DE DONNÉES

Décembre 2017

Cette publication a été produite en vue d'examen par l'United States Agency for International Development.
Elle a été préparée par Dr. Boubacar Traoré pour le Projet Health Finance and Governance.

Le Projet Health Finance and Governance

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

Décembre 2017

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

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

Citation recommandée : Dr. Boubacar Traoré. Décembre 2017 *Inventaire du secteur privé de la santé du Mali & proposition d'un nouveau format de base de données*. Bethesda, Maryland: Health Finance and Governance Project, Abt Associates.



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

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



INVENTAIRE DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ DU MALI & PROPOSITION D'UN NOUVEAU FORMAT DE BASE DE DONNÉES

Avertissement

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

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	iii
Remerciements	v
1. Introduction	1
2. Méthodologie	3
2.1 Chronologie de l'inventaire	3
2.2 Approche pour l'exploitation des bases de données.	4
2.3 Contrôle de qualité des données	4
2.4 Défis.....	5
3. Description des Bases de données consultées	7
4. Comparaison des différentes bases consultées	9
5. Présentation de la base reconstituée à partir des bases de données existantes et profil des structures privées	13
6. Présentation d'une option d'une nouvelle base unique	17
6.1 Arguments en faveur.....	17
6.2 Caractéristiques de la proposition de base unique.....	18
6.3 Modalités de mise en place de la base unique	19
7. Leçons apprises	21
8. Conclusion	23
Annexe A : Liste des bases de données consultées	25
Annexe B : Caractéristiques des établissements privés de santé par catégorie professionnelle, par région et par type	29
Annexe C : Liste des informateurs clefs et responsables d'institution rencontrés	33
Annexe D : Liste des personnes ayant participé au contrôle de qualité des données	35
Annexe E : Calendrier de déroulement du recensement	37

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des bases de données exploitées pour l'inventaire du secteur privé de la santé, selon la source, la couverture, le nombre de structures privées enregistrées et la dernière mise à jour	9
Tableau 2: Répartition des structures de santé privées à but lucratif incluses par base de données et en fonction de la dernière mise à jour	11
Tableau 3 : Caractéristiques des bases de données exploitées pour l'inventaire du secteur privé de la santé	25
Tableau 4 : Répartition des cabinets du secteur paramédical avec ou sans licence d'exploitation	29
Tableau 5 : Répartition des cabinets médicaux avec ou sans licence d'exploitation	30
Tableau 6 : Répartition des cliniques et polycliniques avec ou sans licence d'exploitation	31
Tableau 7 : Répartition des structures du secteur pharmaceutique avec ou sans licence d'exploitation	32



Liste des graphiques et figures

Graphique 1 : Etapes pour aboutir à une base de données unique sur le secteur privé à but lucratif.....	3
Graphique 2 : Situation des structures privées à but lucratif.....	13
Graphique 3 : Répartition des établissements privés par région	14
Graphique 4 : Proportion des structures privées à but lucratif qui disposent de licence d'exploitation	15
Figure 1 : Aperçu de la base reconstituée	18

ACRONYMES

CNOM	Conseil Nation de l'Ordre National des Médecins
CPS	Cellule de Planification et de la Statistique
DRH	La Direction des Ressources Humaines de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS	Direction de la Protection Sociale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire



REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de l'inventaire du secteur privé de la santé au Mali souhaite remercier l'USAID Mali pour le soutien qu'elle a apporté lors du déroulement de cet inventaire. L'équipe souhaite également remercier le Gouvernement du Mali et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) pour leur coopération et leur assistance.

L'équipe remercie toutes les personnes œuvrant pour l'USAID, le SEGAL du MSHP, le MSPH, les comités des professionnels de santé, ainsi que les associations des professionnels de santé qui ont partagé leurs points de vue et leur expérience afin de contribuer aux conclusions de ce rapport.



I. INTRODUCTION

Il est noté un réel manque de connaissance actualisée du profil du privé à but lucratif dans le secteur de la santé au Mali. D'une grande diversité, le secteur privé à but lucratif de la santé se compose de prestataires du domaine pharmaceutique (officines, laboratoires d'analyses médicales, sociétés d'importation ou de production de produits), de prestataires œuvrant dans les structures de soins (polycliniques, cliniques, cabinets médicaux, de soins infirmiers, cabinets pour sages-femmes), mais aussi des tradipraticiens et autres prestataires de soins paramédicaux (réflexologie, kinésithérapie, ...). La coexistence d'une grande diversité de systèmes d'enregistrement avec des contenus variables créés ou gérés par plusieurs services et organisations soucieux de disposer de données spécifiques n'a fait qu'aggraver cette confusion et entretenir une grande variété de chiffres du même secteur d'une base à l'autre.

Cette situation a justifié (i) un recensement de ces nombreuses bases de données tenues par différentes structures du Ministère de la Santé et des institutions sous sa tutelle et ses autres partenaires (ii) une analyse de cohérence des données existantes dans les différentes bases de données (iii) une épuration des données pour éliminer les doublons et compléter les données manquantes.

Ces données sont attendues, d'autre part, pour les besoins de planification stratégique du secteur de la santé ; le Partenariat Public-Privé ; et un meilleur suivi de l'évolution du secteur privé dans le pays.

Ce travail fait partie de l'évaluation du secteur privé à but lucratif entreprise par le projet Health Finance and Governance (HFG) à la demande du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique du Mali et financée par l'USAID afin de mieux cerner le profil de la situation du personnel et des structures privées à but lucratif du Mali. Cependant, il n'inclut pas les centres communautaires et les maternités rurales.

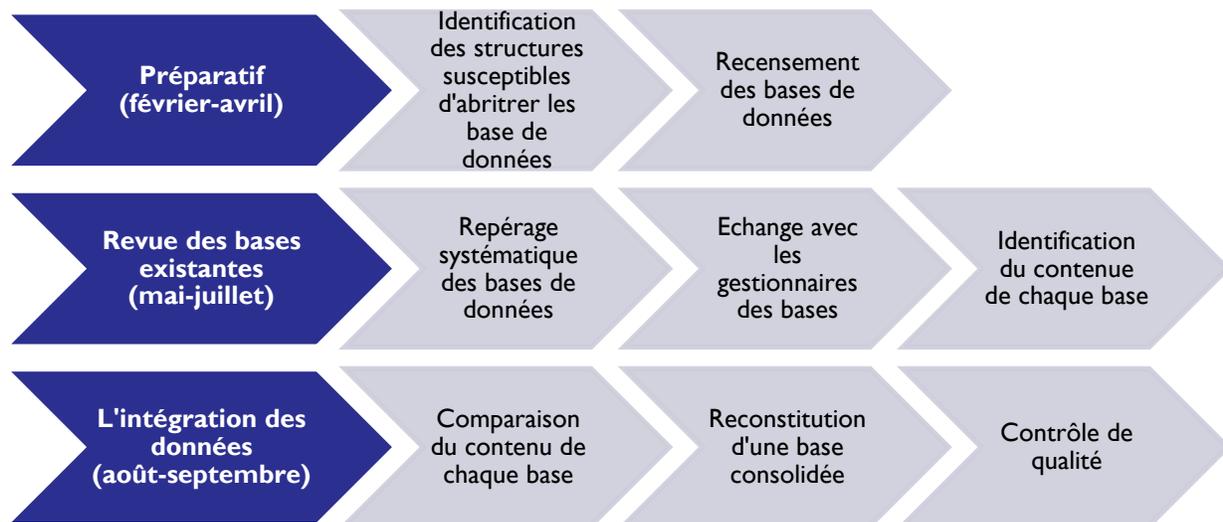


2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Chronologie de l'inventaire

Ce travail a été réalisé entre février et septembre 2017. Le Graphique 1 démontre la chronologie et les différentes étapes de cette activité.

Graphique 1 : Etapes pour aboutir à une base de données unique sur le secteur privé à but lucratif



La démarche suivie pour cet inventaire est décrite ci-après :

1. Une première étape d'identification de toutes les structures susceptibles d'abriter des bases de données sur le secteur privé de la santé au Mali auprès des informateurs clefs d'institutions publiques (6) et privées (7) par échanges directs ;
2. Le recensement des bases de données contenant des informations sur les structures et personnels du secteur privé à but lucratif opérant sur l'ensemble du territoire avec l'approbation des responsables gérant les 13 bases qui ont été identifiées ;
3. Le repérage systématique du contenu de toutes les bases de données recensées selon le support utilisé (électroniques, support papiers et registres) ;
4. Des échanges avec les responsables de la gestion des bases sur le contenu, le format, l'accessibilité (mot de passe, localisation) ;
5. La fixation des modalités d'exploitation et d'analyse des données issues des bases consultées ;
6. L'identification du contenu de chacune des bases (liste des variables ; format d'enregistrement, exhaustivité ; représentativité ; comparabilité date d'établissement et périodicité de leur mise à jour) ;

7. La comparaison du contenu des bases de données recensées (appariement des variables communes entre les différentes bases ; repérage et suppression des doublons ; compléments apportés à la structure des données ; écarts et aspects communs entre bases de données exploitées) ;
8. La reconstitution d'une base consolidant les données des différentes bases de données examinées en supprimant les doublons et les chevauchements des noms de prestataires et des structures ;
9. Le contrôle de qualité de données et intégration des compléments de données recueillies ;
10. La proposition d'une *base de données unique sur le secteur privé à but lucratif* ouverte à toutes les parties prenantes désireuses de l'exploiter à différentes fins en lieu et place de nombreuses bases existantes. L'identification des variables pertinentes, du format. L'analyse de faisabilité de cette base unique. La localisation et la gestion de la proposition de base unique.

2.2 Approche pour l'exploitation des bases de données.

Chacune des bases recensées étant incomplètes tant du point de vue de leur exhaustivité et de leur complétude, afin de mieux approximer le profil du secteur privé à but lucratif dans le pays, il a fallu mettre ensemble les données des bases existantes en faisant en sorte que la base la mieux renseignée, celle de l'Inspection de la santé, serve de module central (liste nominative, variables). Cette liste a été ensuite complétée en ajoutant les données des autres bases les unes après les autres en corrigeant les duplications de noms, la redondance et les incohérences des variables informées. Ce travail a nécessité une analyse minutieuse de chacune des bases l'une après l'autre et ligne par ligne ; un appariement des noms et des structures, l'apurement des redondances et des doublons; l'identification des données manquantes. Cette base reconstituée nous a donc permis d'obtenir une meilleure mesure bien plus que ne l'aurait permis chacune des bases de données isolément prises. Elle comporte les éléments suivants :

- ▶ **Variables d'identification** : nom et prénoms du détenteur de la licence ou du responsable de la structure, spécialité, identifiant personnel (numéro d'inscription), nom de l'établissement, code de la structure
- ▶ **Variables de localisation** : adresse physique, quartier, aire de santé, district, région, géolocalisation (longitude, latitude), téléphone, BP, email,
- ▶ **Variables de classification et de statut légal** : catégorie de structure, statut juridique (SA, SARL, SUARL), possession ou non de la licence d'exploitation,
- ▶ **Variables de catégories du personnel et de sa qualification** (exemple : médecins spécialistes, pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, assistants médicaux, biologistes, infirmiers d'état, sages-femmes, infirmières obstétriciennes, infirmiers (e) de santé publique, matrones, aides-soignants) ;

2.3 Contrôle de qualité des données

Après appariement et consolidation des données de la base reconstituée, il a été décidé d'en contrôler la qualité en procédant à la vérification d'une série d'informations auprès des prestataires figurant dans cette base par interview par appel téléphonique pour vérifier auprès des promoteurs et prestataires des différentes structures la conformité des données figurant dans la base et pour collecter les données manquantes (cf. questionnaire utilisé en annexe)

Pour s'assurer du succès de cet exercice, une correspondance de mise au courant et de sensibilisation a été adressée par les différents Présidents et/ou responsables des Ordres professionnels et Associations de professions libérales de santé afin de porter à leur connaissance les objectifs de l'activité ainsi que l'accord des autorités officielles du Ministère de la santé pour réaliser cette activité. Enfin cette correspondance sollicite le concours des personnes destinataires pour participer à l'exercice. Les contacts et les visites des personnes ressources ont ainsi été annoncés.

Dix personnes – ressources, une par service ou organisation, chargées du recueil des données à l'effet de ce contrôle de qualité, ont été identifiées dans les services et organisations gestionnaires des bases de données consultées. Ils avaient été sensibilisés sur les résultats des premières analyses des bases de données existantes qui ont servi pour la base reconstruite. Ces personnes ont été choisies en raison de leur connaissance de la gestion des bases de données du personnel. Elles ont de bonnes aptitudes d'écoute des personnes à interviewer. Elles ont été briefées sur la nature et la délicatesse du travail qui leur était demandé ainsi que le contenu du questionnaire qu'elles devaient administrer. Ce briefing a pris une journée au siège de HFG à Bamako.

2.4 Défis

Le contrôle de qualité des données par téléphone, prévu pour 12 jours, s'est étalé beaucoup plus que prévu (environ 1 mois) pour plusieurs raisons qui sont les suivantes :

- ▶ Les correspondances adressées par les ordres professionnels et les associations du secteur privé de santé à but lucratif à leurs membres et adhérents, ont pris du temps avant d'arriver à destination, ce qui a retardé les premiers contacts ;
- ▶ Les personnes-ressources désignées par leurs services ou leurs organisations ont difficilement pu organiser leur temps pour communiquer au téléphone en raison de la vétusté du réseau et la disponibilité des répondants (nature de leur occupation professionnelle);
- ▶ La réticence de certains prestataires à donner des informations professionnelles par téléphone, en l'absence d'un interlocuteur physique,
- ▶ Le refus de répondre à l'interview. Sur un millier de prestataires contactés par téléphone, 43 ont refusé de répondre à l'interview
 - Les raisons évoquées pour ce refus sont : le manque de confiance en relation avec (i) la non réception à temps des messages d'information par les bases ; (ii) le refus systématique en raison de certaines irrégularités (changement d'adresse et de titulaire sans notification à l'autorité pouvant être classée comme pratique clandestine) ; les cas de décès ; ou le changement de raisons sociales.

Cette non-réponse est la preuve de l'existence des prestataires. Malheureusement elle ne permet pas de vérifier la fiabilité des autres variables ou de compléter les informations. Elle ne dit pas, non plus, si l'établissement continue à exister, s'il a été cédé à un autre prestataire ou même s'il est fermé.

- ▶ Enfin, l'impossibilité de joindre certains responsables de structures pour diverses raisons (demandes de rappeler maintes fois, absence de personne au bout du fil ou même impossibilité de trouver le contact d'un responsable de la structure, ...)

3. DESCRIPTION DES BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

Après consultation des informateurs clefs, des services techniques du Ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers, la liste des structures gérant des bases de données suivante a pu être établie :

1. La Cellule de planification et de Statistique secteur santé (CPS) ;
2. La Direction Nationale de la Santé (Division des Établissements sanitaires et de la Règlementation, Unité SNIS)
3. La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)
4. L'Inspection de la Santé
5. La Direction des Ressources Humaines de la Santé (DRH)
6. Les ordres professionnels
 - Médecins
 - Pharmaciens
 - Sages-femmes
7. La Fédération Malienne des Thérapeutes traditionnels et Herboristes (FEMATH)
8. L'Association des Sages-femmes du Mali
9. L'Alliance du secteur privé pour la promotion de la santé
10. L'Association Malienne des Médecins Libéraux du Mali
11. Le projet USAID/MEASURE

4. COMPARAISON DES DIFFÉRENTES BASES CONSULTÉES

Les différentes bases de données consultées, qui ont fait l'objet de comparaison, sont présentées dans le Tableau I ci-après, selon certaines caractéristiques.

Tableau I : Caractéristiques des bases de données exploitées pour l'inventaire du secteur privé de la santé, selon la source, la couverture, le nombre de structures privées enregistrées et la dernière mise à jour

Base de données	Entité responsable	Date de la dernière mise à jour	Nombre de structures privées enregistrées	Couverture
1	La Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé (CPS)	2014	1187	Nationale
2	La Direction Nationale de la Santé (Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation, Unité SNIS)	Avril 2017	142	Nationale
3	La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)	Décembre 2016	622	Nationale
4	L'inspection de la santé	Février 2017	1048	District de Bamako
5	La Direction des Ressources Humaines de la Santé (DRH)	Mars 2017	306	District de Bamako
6	L'Ordre National des Médecins	Avril 2017	49	Nationale
7	L'Ordre National des Pharmaciens	Mars 2017	575	Nationale
8	L'Ordre National des Sages-femmes	Octobre 2015	22	Nationale
9	L'Association des Sages-femmes du Mali	Mars 2013	26	District de Bamako
10	La Fédération Malienne des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH)	Juillet 2017	51	Nationale
11	L'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé	2016	77	Nationale
12	L'Association des Médecins Libéraux du Mali	Mai 2013	362	District de Bamako
13	USAID/MEASURE	Mars 2017	846	Nationale

Dans chacune des bases listées, mention est faite à chacune des informations suivantes : nom de la base de données ; catégorie de personnel et de structures couverts; type de support utilisé ; production de rapport (périodicité); liste des variables ; support et format de la base ; unité responsable de la gestion ; personne en charge de la gestion régulière de la base, date de dernière mise à jour; modalités d'accès aux bases.

Toutes les bases consultées sont dans un format électronique, et dans leur structure elles ont en commun les variables suivantes : le nom de l'établissement, l'adresse et le type de la structure. A l'exception des bases de la CPS et du projet « Measure », elles comportent toutes la variable détenteur de la licence (ou responsable de l'établissement) et son numéro de téléphone, même si ces informations ne sont pas toujours renseignées. Les données de toutes les bases sont organisées directement autour de la structure de santé sauf celle du CNOM. Pour celui-ci, les données sont celles du prestataire, ici le médecin. Les deux bases les plus fournies, c'est-à-dire celles comportant le plus de variables, sont celles de la CPS (Code, Nom, Type de la structure, géolocalisation, aire de santé, district sanitaire, région, personnel et équipement par catégorie, distance par rapport aux autres structures de santé du même district sanitaire) et celle du CNOM (nom, prénom, date et lieu de naissance, sexe, n° de la pièce d'identité, photo, n° d'inscription, adresse physique, BP, email, téléphones, formations reçues, titres professionnels, spécialité, catégorie, formation sanitaire et formation professionnelle en continue). Cependant, c'est celles de l'inspection de la santé et de la CPS qui ont les variables les plus renseignées.

Tous les services ou organisations disposant d'une base, l'ont conçue eux-mêmes et l'utilisent pour leurs besoins spécifiques, à l'exception des associations professionnelles (association des médecins libéraux du Mali et association des sages-femmes du Mali) qui utilisent celle de l'inspection de la santé.

Tous les services et organisations disposent également de gestionnaires de bases et font tous des copies de sauvegarde (existence de backup), avec la disponibilité d'un ou deux responsables titulaires pour la gestion des bases de données, mais qui ne sont pas dédiés uniquement à cette tâche.

Cependant aucun des services n'a mentionné l'existence de façon régulière d'allocation budgétaire pour la gestion des bases ou de périodicité définie de mise à jour de celles-ci, même si cela se fait au gré des opportunités de financement sur l'ensemble ou une partie du territoire national. Ces données sont utilisées pour l'émission et la diffusion des rapports tels que les annuaires statistiques annuels dans certains services (CPS, DRH, DNS), d'autres, dans les rapports d'activités.

Le Tableau 2 présente la répartition des structures de santé privées à but lucratif, selon la source et la date de la dernière mise à jour.

Tableau 2: Répartition des structures de santé privées à but lucratif incluses par base de données et en fonction de la dernière mise à jour

	Cabinet médical	Clinique médicale	Cabinet de soins	Tradipraticiens	Etablissement d'importation	Labo	Officines	Industries	Dépôt pharmac.	Cabinet Sage femme	Clinique d'accouch.	Total
Base 1 CPS – (2014)	487	152	15	19	0	9	505	-	-	-	-	1,187
Base 4 INSPECTION SANTE – (2017)	264	92	81	26	45	10	371	-	127	26	6	1,048
Base 3 DPM – (2016)					69	12	541	-				622
Base 7 CNOP – (2017)					43	11	518	3				575
Base 6 CNOM – (2017)	27	22										49
Base 8 CNOSF – (2017)										20	2	22

NB : les bases absentes de ce tableau, soit, provenaient d'une autre base qui figure déjà ici, soit n'apportaient pas d'informations complémentaires.



Ce tableau montre une grande disparité entre les nombres des types de structures, d'une base à l'autre, ce qui rend les données très difficiles à comparer. Cela s'explique en partie par l'année de la base, mais surtout par le classement même des établissements. En effet, d'une année à l'autre, un nouvel établissement peut être créé, un autre peut être fermé ; une structure classée comme un dépôt de produits pharmaceutiques ou comme une clinique médicale dans une base, se trouve considérée comme une officine de pharmacie ou un cabinet médical dans une autre base. Par ailleurs, si les ordres professionnels des pharmaciens et des sages-femmes font référence à la structure du prestataire, l'ordre des médecins ne fait que rarement cas de l'établissement privé du prestataire, ce qui donne l'impression qu'il n'y a que 27 cabinets médicaux et 22 cliniques médicales privés dans le pays. A noter également, que c'est la base qui souffre le plus d'un défaut de mise à jour des données, puisque la situation des données de la plupart des médecins est restée figée au moment de leur inscription à l'ordre des médecins. La base de la CPS ne fait pas référence à la licence d'exploitation, il est donc possible que l'établissement soit catégorisé comme un type de structure alors que selon les règlements en vigueur, cela ne soit pas le cas. C'est souvent le cas des dépôts de produits pharmaceutiques qui se font passer pour des officines.

5. PRÉSENTATION DE LA BASE RECONSTITUÉE À PARTIR DES BASES DE DONNÉES EXISTANTES ET PROFIL DES STRUCTURES PRIVÉES

A l'issue du traitement des données des différentes bases, en éliminant les doublons et les incohérences, la base reconstituée est composée de 19 variables qui se présentent comme suit:

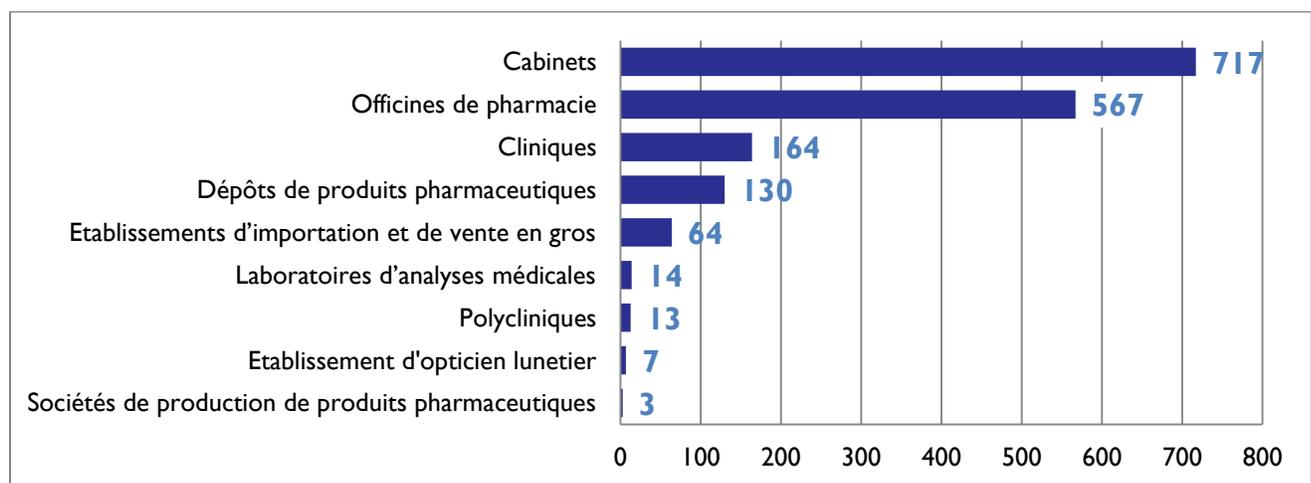
Des variables de:

- ▶ Identification de l'établissement et du responsable qu'il soit propriétaire ou pas de licence (nom et prénoms du détenteur de la licence ou du responsable, spécialité du responsable, son numéro d'inscription à son ordre professionnel, nom de l'établissement, code de la structure)
- ▶ Localisation avec l'adresse physique de l'établissement, le quartier, l'aire de santé, le district sanitaire, la région, les coordonnées de géolocalisation (longitude, latitude), les contacts téléphoniques, la boîte postale, et l'adresse électronique,
- ▶ Classification de l'établissement avec le type de structure, son statut juridique, la disponibilité ou non d'une licence d'exploitation,
- ▶ Catégorisation du personnel classée selon la qualification et selon qu'il soit permanent ou pas (exemple : médecins spécialistes, pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, assistants médicaux, biologiste, infirmier d'état, sage-femme, infirmière obstétricienne, infirmier (e) de santé publique matrone, aide-soignant) ;

La base reconstituée couvre l'ensemble des établissements privés depuis l'adoption de la loi sur l'exercice privé des professions libérales de santé en 1985, au Mali, jusqu'à 2017.

Au total, les graphiques suivants résument la situation des 1,679 établissements privés de santé recensés.

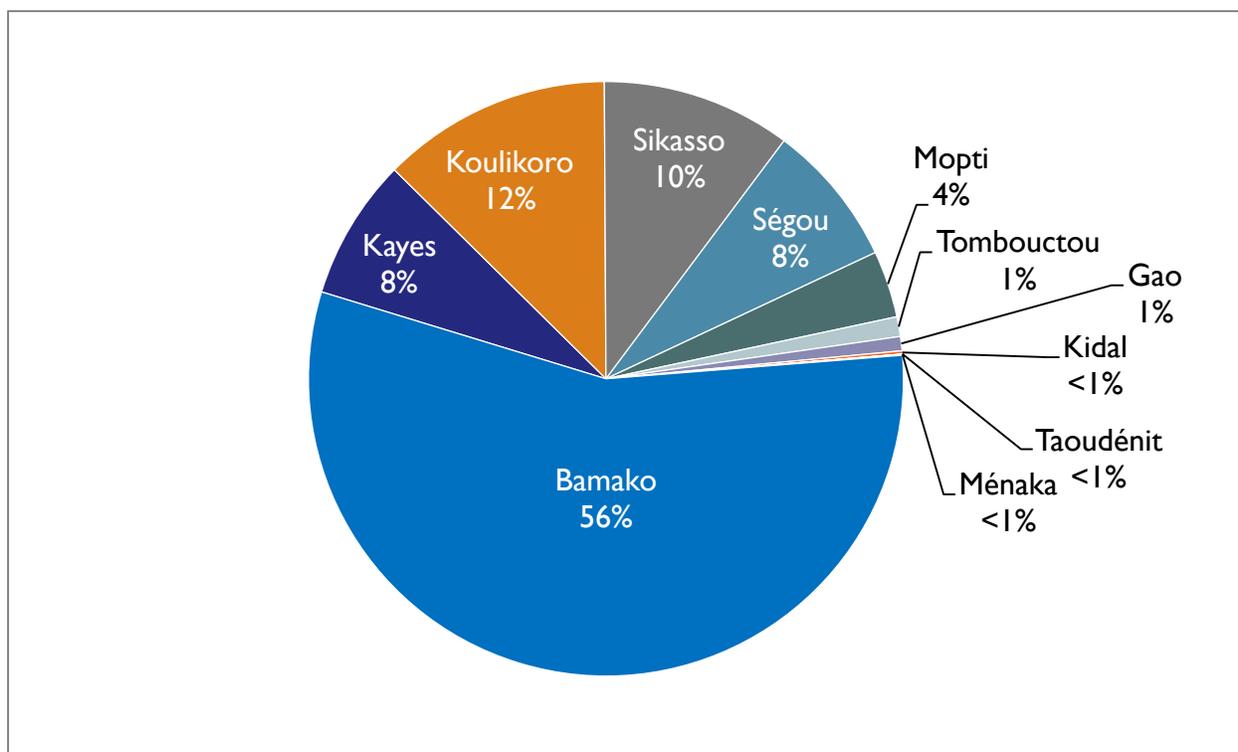
Graphique 2 : Situation des structures privées à but lucratif



Source : Inventaire / PSA – 2017

Les cabinets de consultation et de soins (717) et les officines de pharmacie (567) sont les deux types de structures les plus nombreuses (Graphique 2)

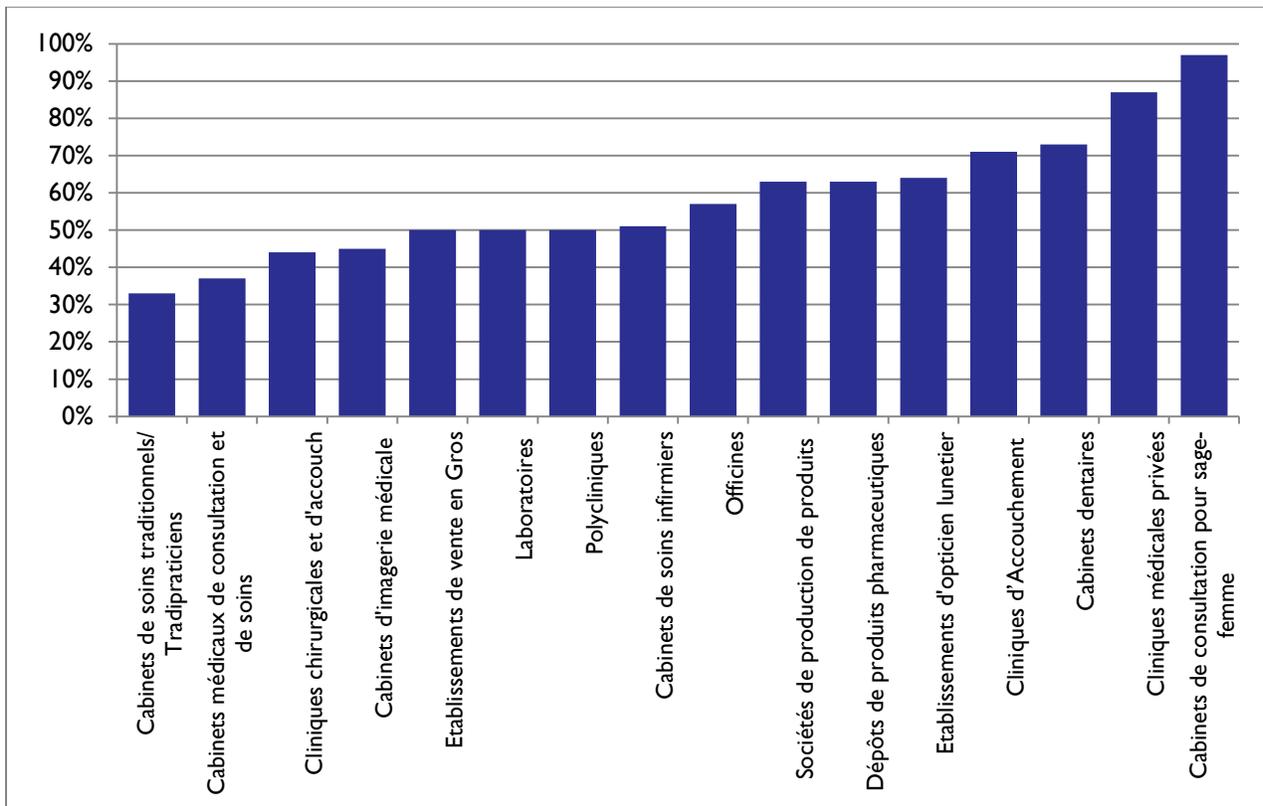
Graphique 3 : Répartition des établissements privés par région



Source : Inventaire / PSA - 2017

Le District de Bamako, capitale du Mali, est la région qui enregistre la plus grande concentration avec 940 (56%) établissements privés, tout confondus, suivi de Koulikoro 210 (12,51%) qui se caractérise par le fait que tout le péri-urbain de la capitale est de sa juridiction et de la région de Sikasso 173 (10,30%), économiquement la deuxième région la plus importante du pays. Les régions de Taoudéni et de Ménaka dans le septentrion malien dans une zone de conflit sont quasi dépourvues de structures privées à but lucratif, avec un dépôt de produits pharmaceutiques à Ménaka.

Graphique 4 : Proportion des structures privées à but lucratif qui disposent de licence d'exploitation



Source : Inventaire / PSA - 2017

Tous les laboratoires d'analyses médicales (14) se trouvent dans le District de Bamako. Cependant il faut noter que nombre de cabinets, de cliniques et de polycliniques médicaux et chirurgicaux disposent de laboratoires au sein de leurs établissements. Seule une société de production de produits pharmaceutiques dispose d'une licence d'exploitation.

Deux dépôts de produits pharmaceutiques restent encore localisés dans le District de Bamako qui, en principe ne devait pas en avoir. Il s'agit d'un évènement ponctuel dont l'origine remonte à la période où il n'y avait pas assez d'officines de pharmacie et où la nécessité de couvrir l'ensemble de la capitale pour satisfaire les besoins de la population était essentielle. Aujourd'hui, avec le nombre croissant des officines et celles en attente d'installation, les dépôts de produits sont sensés disparaître du milieu urbain.

Parmi, les prestataires de la médecine traditionnelle, 17 disposent de licences d'exploitation octroyées par le Ministère de la santé. Cependant certains tradipraticiens officient également avec des agréments octroyés par ledit Ministère.

La base reconstruite pourrait être utilisée comme une base intérimaire qui progresserait vers une base unique, qui serait localisée dans une seule structure chargée de sa gestion, évitant ainsi la multitude de bases de données et cette grande disparité entre elles.

6. PRÉSENTATION D'UNE OPTION D'UNE NOUVELLE BASE UNIQUE

Des analyses précédentes, une base de données unique accessible à tous les usagers et pouvant répondre aux besoins des différents utilisateurs serait une réponse appropriée à la situation de coexistence de multitudes de bases, difficiles à mettre à jour et à gérer.

La base reconstruite dont il faudrait compléter la structure (variables nouvelles) servira de précurseur à cette base unique, dont la gestion pourra être confiée à une seule entité définie par les protagonistes.

6.1 Arguments en faveur

- ▶ Éviter la multitude de bases de données non complètes et insuffisamment informées ;
- ▶ Prévenir une grande variabilité de l'information d'une base à l'autre,
- ▶ Permettre un suivi technique de l'évolution réelle du secteur privé,
- ▶ Proposer un profil fiable sur le secteur privé accessible à tous les usagers,
- ▶ Fournir des éléments factuels fiables et à jour pour la planification et la programmation des interventions de santé publique et des investissements,
- ▶ Utiliser le même format et rationnel de collecte pour chacune des variables (uniformisation)
- ▶ Permettre une concentration et utilisation efficiente des moyens pour un centre unique au lieu d'une multitude d'Operations.

6.2 Caractéristiques de la proposition de base unique

Variables proposées (nouvelles et existantes)

Sur la base de l'exploitation des différentes bases de données pour aboutir à une base unique, une liste de variables a été proposée en raison, soit de leur importance pour les caractéristiques de la structure (identification, statut juridique, adresse), soit pour estimer les capacités techniques de la structure (types, autorisations d'exercice, spécifications techniques, appui ou renforcement de capacités). Ces variables, proposées par HFG, pourront évoluer selon les besoins des utilisateurs, tout en tenant compte des coûts additionnels nécessaires pour leurs collectes.

Figure 1 : Aperçu de la base reconstituée

N°	Nom et prénoms Responsable / détenteur de la licence	Spécialité de la personne	Nom de l'établissement	Adresse Physique	Quartier	Aire de santé	District	Région	Longitude	latitude	Tél	BP	Email
1	Nouhoum Konate	Pharmacien	Seguina	face à la Gendarmerie	Kangare	Selingue	Selingue	Sikasso	-8,28972	11,60278	21765007/66915701		nouhoumkonat@yahoo.fr
2	Ahmed Mariko Diakité	Pharmacien	Manoumouna	Korofina fadjikila	FADJIGUILA	ASACOFADII	Commune 1	Bamako	-7,94806	12,66683	79 02 23 69 6676 73 10/ 7648 90 55/61323767		
3	Basira Diarra	Pharmacienne	Mamita	Rue 18, P 885 BP.2286	BANCONI LANBOUGOU	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,94523	12,66882	20 24 13 35/ 66 73 49 89 / 277 86 29/224 37 22/	9196/ 2286	pharmamita@hotmail.com
4	Alaye Adourou Douvon	Pharmacien	Guinna	Rue 383, porte 10	SIKORONI	ASACOMSI	Commune 1	Bamako	-7,96683	12,66678	66 74 78 32 / 66 71 57 62		9196/ 2286
5	Nouhoum Cissé	Pharmacien	Niama Cissé	Rte Koulikoro, porte 4740	Seroka		Commune 1	Bamako			66 74 53 55, 76 44 69 28		E 20397
6	CISSE Rokiatou	Pharmacienne	Croix rouge	noe 270, porte 696	DJELBOUGOU	ASACODIE	Commune 1	Bamako	-7,93242	12,66468	20 27 89 74 / 66 74 82 78		2113
7	Aissatou Kodio, ép. Guindo	Pharmacienne	Djiguisa	R. 201, porte 1445	Banconi razal		Commune 1	Bamako			20 24 31 53 / 66 75 21 08		1683
8	Abdou Doumbia	Pharmacien	Lassana Samaké	Rue 623, porte 142	BOULKASSOUBOU	ASACOBOUL1	Commune 1	Bamako	-7,91877	12,66669	66 73 39 09 / 20 24 30 01	9030	pharmacielassana@yahoo.fr
9	Nana Diakhara Ascofaré	Pharmacienne	MAMA MADOU	Kali Baba Rue 568	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,94623	12,66669	20 24 11 56/ 66 71 29 28		
10	Mahamadou Kaou TOURE	Pharmacien	MAMA MADOU	Rue 568	BOULKASSOUBOUGOU		Commune 1	Bamako			672 90 11		mahamadoukaout@gmail.com
11	Sory Kéita	Pharmacien	Boukassoumbougou	R. 623 P. 528	BOULKASSOUBOU	ASACOBOUL2	Commune 1	Bamako	-7,91139	12,66668	66 73 90 11		568
12	Maimouna Ouologuém	Pharmacienne	Comba boubacar Oulogouém	Rue 384 , Porte 525	KONATEBOUGOU DOUMAMBEZANA	ASACODOU	Commune 1	Bamako	-7,93538	12,66591	76 10 83 68 / 6672 63 03		
13	Mariam Boccum ép. Landouze	Pharmacienne	Halavta	Rte Koulikoro, porte	Fitibougou	MORIBABOUGOU	Kati	Koulikoro			20 21 36 43 / 76 13 58		
14	Mamadou TRAORE	Pharmacien	BEN	Rue 145, Porte 391	KOROFINA NORD	ASACONORD	Commune 1	Bamako	-7,95208	12,66667	20 24 11 67/ 66755480		mamadousassi@gmail.com
15	Témin Samaké ép. Camara	Pharmacienne	Ditoutoum	Rte Dialakorodji, près	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,96069	12,68037	20 79 05 66 / 66 71 00 59		
16	Awa Traoré Dambé	Pharmacienne	Dikan	Rue 314, porte 1507	SIKORONI	ASACOMSI	Commune 1	Bamako	-7,96576	12,66978	20 79 70 80 / 66 73 48 61		niagara70@yahoo.fr
17	Karotoum Traoré, ép.	Pharmacienne	Yamara TRAORE	Rue 416, porte 87	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,95019	12,66468	20 71 90 30 / 76 45 31 32		karotoumtraore@yahoo.fr
18	Boubou Tamboura	Pharmacien	Anta	Rue 189, porte 537	BANCONI PLATEAU	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,94924	12,65878	20 24 50 60 / 76 23 32 72 /66734424		bouboutan@yahoo.fr pharmaciesanta@yahoo.fr
19	Youssef Kamouré	Pharmacien	Apsatou TRAORE	Rue 1999, porte 21	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,94925	12,66982	65672727 / 20 24 15		kanoutevoussouff@gmail.com
20	Khadida Dravé ép. Diop	Pharmacienne	Balar	Face terrain Stade Malien	SOTUBA A C I	SOTUBA (ASACOS)	Commune 1	Bamako	-7,93338	12,64711	78 12 16 47 / 66744304		
21	Konimba Dambé	Pharmacien	Touba bénédiction	R. 525	BOULKASSOUBOU	ASACOBOUL2	Commune 1	Bamako	-7,91009	12,66891	20 24 17 10 / 66835529	E 2287	drdedeharmib@yahoo.fr
22	Boubou Doucouéré	Pharmacien	Soukhoulé	R. 246 P. 549	DJELBOUGOU	ASACODIE	Commune 1	Bamako	-7,93329	12,66671	20 24 95 57		303477
23	Saginatou Coulibaly	Pharmacienne	Asahi Sarl	R. 300, Route ex Lycée kodone	DJELBOUGOU	ASACODIE	Commune 1	Bamako	-7,93643	12,66575	20 24 89 75 / 76 04 74 99/ 224 11 82		tambaram@yahoo.fr asahi@orangeemail.net
24	Bintou Maiga, ép. Traoré	Pharmacienne	Fady	Rue 107, avenue de la Mairie	Banconi	ASACOPA	Commune 1	Bamako			20 24 07 22 / 66 96 10 14		
25	Niananké Koné	Pharmacien	Nonkon-kerova	Rue 180 porte 40	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,96867	12,66872	72216211/		
26	Youssef Diabaté	Pharmacien	Diab	Rue 696, porte 73	Banconi	ASACOPA	Commune 1	Bamako			20 79 25 60/		diabatevs@yahoo.fr
27	Boukassoum Haïdara	Pharmacien	Maternité Korofina	R. 161 P. 418	KOROFINA NORD	ASACONORD	Commune 1	Bamako	-7,95005	12,65427	20 24 42 80 / 74 43 07 32	E 433	
28	Safiatou Tall	Pharmacienne	Alvar	Rue 388, près lycée Fily Dabo	Djilougou Doumanzana	ASACODOU	Commune 1	Bamako			20 79 11 07 / 72 33 61 99/ 66733929/75028869		
29	Aliou Touré	Pharmacien	Espoir	Rue 37, porte 832, Marché Rancon	BANCONI	ASACOPA	Commune 1	Bamako	-7,94521	12,66368	66 03 84 58 / 76 38 73 91/ 2077257/6692839		
30	Oumou Traoré ép. Toukara	Pharmacienne	Siraman	Rue 250, porte 148	DJELBOUGOU	ASACODIE	Commune 1	Bamako	-7,93357	12,66373	20 24 00 25 / 76 33 00 39/		sirakdot@yahoo.fr
31	Estimateur	Pharmacien	Estimateur	Rue 266, porte 100	BOULKASSOUBOU	ASACODOU	Commune 1	Bamako	-7,93646	12,66880	20 73 00 70 / 66 76 47 66		

Les variables ainsi retenues sont les suivantes :

- ▶ Identification (nom du détenteur de la licence, nom de la structure, code structure, identifiant base)
- ▶ Type de structure
- ▶ Catégorie de personnel
- ▶ Statut juridique (SA, SARL, Unipersonnel)
- ▶ Autorisations d'exercice (titulaire licence et agrément)
- ▶ Adressage (adresse physique ; messenger ; numéro de géolocalisation)
- ▶ Spécifications techniques (accréditation, formation en cours d'emploi, bourse d'études, récompenses et reconnaissance)
- ▶ Bénéfice des appuis de l'État (investissement, équipement, formation technique, formation gestionnaire)

- ▶ Bénéfice de programme de coopération avec l'État (programmes prioritaires exemples – MAL_TUB_HIV_Santé de la Reproduction, etc..).
- ▶ Bénéfice d'appuis de l'Ordre (formation ; conseils)
- ▶ Bénéfice de Programme de coopération avec d'autres partenaires (Banque mondiale, USAID, Sociétés commerciales internationales et nationales.

6.3 Modalités de mise en place de la base unique

Comme préalable à la mise en place de la base unique, il est nécessaire d'obtenir un consensus autour du principe de sa création, l'acceptation des variables proposées entre les différentes parties prenantes (services techniques publics, ordres professionnels et association de prestataires privées, etc.). Ainsi il est impératif de se mettre d'accord avec les différentes parties prenantes sur l'approche utilisée pour obtenir la base reconstruite et de la nécessité d'avoir une seule base unique avec un gestionnaire unique.

Cet exercice aura comme objectifs de :

- ▶ Valider les principaux résultats obtenus,
- ▶ S'assurer de la pertinence de la méthodologie utilisée et,
- ▶ Échanger avec les parties prenantes sur la question de la limitation du nombre de bases à mettre en place, la prise en compte des variables les plus utiles pour les besoins des différents services et institutions, la coordination de la collecte, du stockage et du partage des données, la meilleure localisation de la base de données
- ▶ S'accorder sur les variables de la base unique / bases multiples selon les besoins de données pour la prise de décision.

Les résultats attendus sont les suivants :

- ▶ Recueillir les avis sur les alternatives à la situation actuelle (nouvelle proposition) : une base unique ou de bases multiples ? Une base centralisée ou décentralisée ? Opinion sur le statu quo (avantages et inconvénients).
- ▶ Connaître les variables pertinentes à retenir suivant les besoins des uns et des autres?
- ▶ Échanger sur les modalités de gestion et de mise à jour de la nouvelle base;

Il s'agit, de façon concrète, de s'assurer que les principales parties prenantes (informateurs clefs, gestionnaires des bases, Ordres et Associations professionnels, structures techniques du Ministère) sont bien d'accord (ou non) avec la méthodologie utilisée pour ce travail et avec les principaux résultats obtenus à partir de l'exploitation des bases de données étudiées.

L'avis des parties prenantes sur la base unique proposée (variables, format de présentation) est sollicité; l'atelier devra susciter, également, des échanges sur les implications de la mise en place de la proposition d'une base unique.

7. LEÇONS APPRISES

L'expérience de l'inventaire des bases de données afin d'avoir un profil fiable du secteur privé à but lucratif de la santé a permis de tirer les leçons suivantes :

- ▶ Toutes les parties prenantes sont demandeurs d'information relative au secteur privé à but lucratif (planification, besoins, etc.), malheureusement la disponibilité des données de qualité dans un format standard, est rarement accessible ; de surcroit aucune publicité n'est faite sur l'existence de ces bases de données et sur les modalités d'y accéder, et qui ne sont pas disponibles pour les usagers potentiels.
- ▶ La multiplication des bases de données n'est pas la preuve de la fiabilité et de la qualité des données au contraire elle indique un manque de coordination de différentes parties avec pour conséquence des coûts exorbitants pour une qualité somme toute limitée.
- ▶ Le nombre élevé de bases de données en limite l'utilisation. N'étant pas fréquemment exploitées, il n'est pas aisé de détecter les lacunes et les incohérences et réaliser de manière systématique ou périodique des amendements ; par conséquent elles accumulent des gaps qui sont de nature à limiter la fiabilité de ces données ;
- ▶ L'absence de partage d'information entre les détenteurs / gestionnaires des différentes bases est source potentielle de production d'information contradictoire ;
- ▶ L'inexistence de cadre logique et le manque de définition standard des variables ont pour conséquence d'ouvrir des possibilités d'interprétations à l'infini.
- ▶ L'inexistence d'autorités officielles responsables de la supervision et du contrôle de la qualité des bases de données a une influence sur la qualité des données ;
- ▶ La finalité des bases existantes n'étant pas explicitée, les perspectives de leur amélioration ou de leur évolution ne sont que très rarement envisagées ;

8. CONCLUSION

Au vu de la grande vitalité et du dynamisme actuels du secteur privé de la santé à but lucratif, une bonne connaissance de leur situation est un élément indispensable pour la planification et la gestion comme on arrive à le faire pour le secteur public. L'existence d'une multitude de bases de données gérées indépendamment les unes des autres n'a pas permis jusqu'ici d'obtenir un tel résultat. En dehors de la base gérée par la CPS et l'Inspection de la santé, les bases consultées se sont développées en poursuivant des finalités dans des horizons temporels différents ce qui en a limité l'intérêt au gré des acteurs et favorisé leur fugacité. Pour pallier une telle situation, il s'avère nécessaire d'envisager une démarche institutionnelle clairement définie permettant de créer une base unique accessible, au lieu de la pléthore actuellement observée. A cet égard ce recensement réalisé parallèlement à l'évaluation du secteur privé de la santé a été d'une grande utilité. En effet elle a mis en évidence les problèmes et les goulots d'étranglement et a permis d'obtenir une bonne approximation du profil du secteur privé à but lucratif du Mali à partir de la base de données reconstruite proposée ici, elle-même à partir des bases disponibles. Cette dernière ne doit pas être considérée comme une finalité mais comme une étape permettant d'évoluer vers une base unique avec l'accord de toutes les parties prenantes. Pour réaliser un tel objectif il y a encore besoin d'ouvrir le débat à tous les acteurs, définir un cadre institutionnel et normatif pour cette base unique et parvenir à une mise en commun des efforts de toutes les parties prenantes pour affirmer leurs intérêts et pour mobiliser les moyens nécessaires (ressources humaines, financières et logistiques). Ceci nécessitera d'apaiser les inquiétudes des uns et des autres pour les amener à accepter qu'en fédérant les efforts et les moyens on obtiendra un produit plus fiable, plus efficace et moins onéreux. Cette nouvelle base doit faire l'objet d'un consensus et être acceptée par toutes les parties prenantes. Ceci devra être soutenu par une résistance à la création inopportune et tout azimut de bases apparaissant au gré de nouveaux financements ou de projets et à l'effet de mode. Les autorités nationales de santé publique doivent vaincre les cloisonnements institutionnels, aux effets des changements de structures résultant de remaniements.

ANNEXE A : LISTE DES BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

Tableau3 : Caractéristiques des bases de données exploitées pour l’inventaire du secteur privé de la santé

Base de données	Entité responsable	Date de la dernière mise à jour	Types de données collectées	Nombre de structures privées enregistrées	Portée	Forces	Faiblesses
Carte sanitaire du Mali	La Cellule de planification et de Statistique secteur santé (CPS)	2014	Code, Nom, Type de la structure, localisation (géolocalisation, aire de santé, district sanitaire, région), personnel et équipement par catégorie, distance par rapport aux autres structures de santé du même district sanitaire	1187	Nationale	Exhaustive, touche tous les types de structures, avec une cartographie interactive, très riche en variables	Données incomplètes, équipement et personnel non renseignés, informations datant d’avant les événements de 2012, discordance dans la qualification des structures avec d’autres bases, absence d’informations sur le promoteur, erreur dans la cartographie
Répertoire des établissements sanitaires privés	La Direction nationale de la santé (Division des Établissements sanitaires et de la Réglementation, Unité SNIS)	Avril 2017	Nom et prénoms du demandeur de la licence, Nom de l’établissement, statut de la licence, type de structure, adresse	142	Nationale	Exhaustive, touche tous les types de structures,	Incomplet, remonte à 2013, Pas d’archivage systématique des dossiers, Pas de registre d’enregistrement, archives non retrouvées avec les différents changements du personnel
Situation des établissements pharmaceutiques	La direction de la pharmacie et du médicament (DPM)	Décembre 2016	Établissement, statut juridique de l’établissement, Localité, Cercle/Commune, Région/District, N° et Date de la licence, Libellé (autorisé ou pas), Bénéficiaire	622	Nationale	Exhaustive, avec un responsable désigné,	Ne concerne que le secteur du médicament et de la pharmacie, retard dans la mise à jour. Ne prend pas en compte les dépôts privés de produits pharmaceutiques,

Base de données	Entité responsable	Date de la dernière mise à jour	Types de données collectées	Nombre de structures privées enregistrées	Portée	Forces	Faiblesses
Répertoire des établissements de santé privés du district de Bamako	L'inspection de la santé	Février 2017	Nom et Prénoms du responsable/Promoteur de la structure, Nom et type de l'établissement, Adresse Quartier, Commune, Références de la licence, Tél / fax et Score	1048	District de Bamako	Touche tous les types de structures de santé	N'a couvert que le District de Bamako, même si des données existent également pour le reste du pays remontant à 2013 et 2014
Répertoire des structures privées de Bamako et Environs-SI GRH-DRH-Aout 2017	La Direction des Ressources Humaines de la Santé (DRH)	Mars 2017	Nom et prénoms du Responsable / Promoteur, Nom de l'établissement, Adresse, Quartier, Tél / fax, dans le District de Bamako, licence, nombre d'employés	306	District de Bamako	Couvre les cabinets et les cliniques médicaux	N'a couvert que le District de Bamako. Et ne contient pas d'informations sur les autres types de structures de santé
Base de données CNOM (fiche administrative)	L'Ordre National des Médecins	Avril 2017	Identifications (nom, prénom, date et lieu de naissance, sexe, n° de la pièce d'identité, photo, n° d'inscription), Données privées (adresse physique, BP, email, téléphones), Formations reçues, Données professionnelles (titres, spécialité, catégorie et formation sanitaire) et Formation professionnelle en continue	49	Nationale	Donne des informations personnelles sur chaque médecin, tentative de mise à jour des données	Données très incomplètes, mise à jour très difficile, certaines informations semblent remonter à l'inscription du médecin
Liste des établissements de Pharmaciens du Mali	L'Ordre National des Pharmaciens	Mars 2017	Nom et prénoms Pharmacien, Nom et type de la structure, adresse, tél, n° d'inscription	575	Nationale	Couvre le secteur pharmaceutique dans son ensemble	Ne fournit pas d'information sur les dépôts de produits pharmaceutiques

Base de données	Entité responsable	Date de la dernière mise à jour	Types de données collectées	Nombre de structures privées enregistrées	Portée	Forces	Faiblesses
Répertoire des Cabinets, Clinique d'accouchement des Sages-Femmes disposant de Licence et l'aire géographique	L'Ordre National des Sages-femmes	Octobre 2015	Nom et prénom de la personne, Nom et adresse de la structure, localité, tél	22	Nationale	Couvre les cabinets et les cliniques d'accouchement	Pas de mécanisme de mise à jour établie
Rapport de la mission d'actualisation du répertoire des établissements de santé privés du district de Bamako	L'Association des Sages-femmes du Mali	Mars 2013	Nom et Prénoms du responsable/Promoteur de la structure, Nom et type de l'établissement, Adresse Quartier, Commune, Références de la licence, Tél / fax et Score	26	District de Bamako	Fait la situation des cabinets et les cliniques d'accouchement	Informations provenant du rapport de l'inspection de la santé,
La liste des tradipraticiens de santé	La Fédération Malienne des thérapeutes traditionnels et herboristes (FEMATH)	Juillet 2017	Nom et prénom de la personne, localité, tél	51	Nationale	Liste les thérapeutes traditionnels et herboristes	Ne donne pas d'autres informations telles que la détention d'un agrément ou d'une licence
Liste des médecins formés, Alliance du secteur privé	L'Alliance du secteur privé pour la promotion de la santé		Nom et prénom de la personne, Nom et adresse de la structure, localité, tél	77	Nationale		Extraite d'un rapport de formation de certains prestataires. Ne couvre pas toutes les régions

Base de données	Entité responsable	Date de la dernière mise à jour	Types de données collectées	Nombre de structures privées enregistrées	Portée	Forces	Faiblesses
Rapport de la mission d'actualisation du répertoire des établissements de santé privés du district de Bamako	L'Association des médecins libéraux du Mali	Mai 2013	Nom et Prénoms du responsable/Promoteur de la structure, Nom et type de l'établissement, Adresse Quartier, Commune, Références de la licence, Tél / fax et Score	362	District de Bamako	Touche les structures gérées par les médecins (cabinets, cliniques, polycliniques)	Informations provenant du rapport de l'inspection de la santé,
Liste des formations sanitaires	USAID/MEASURE	Mars 2017	Nom et type de la structure, localité (aire de santé, district sanitaire, région)	846	Nationale		N'inclut pas le secteur pharmaceutique et les praticiens traditionnels, se limite à une simple cartographie

ANNEXE B : CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE, PAR RÉGION ET PAR TYPE

Tableau 4 : Répartition des cabinets du secteur paramédical avec ou sans licence d'exploitation

Régions	Cabinets de consultation pour sage-femme			Cabinets de soins infirmiers			Cabinets de soins traditionnels/ Tradipraticiens			Etablissements d'opticien lunetier			Total
	Licence	Pas de licence	Total	Licence	Pas de licence	Total	Licence	Pas de licence	Total	Licence	Pas de licence	Total	
Kayes	1	1	2	3	3	6	1	0	1	0	0	0	9
Koulikoro	8	0	8	12	3	15	0	4	4	0	0	0	27
Sikasso	0	0	0	15	12	27	0	0	0	0	0	0	27
Ségou	1	0	1	13	1	14	0	0	0	0	0	0	15
Mopti	0	0	0	8	3	11	0	0	0	0	0	0	11
Tombouctou	0	0	0	4	1	5	0	0	0	0	0	0	5
Gao	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kidal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taoudénit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ménaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bamako	15	5	20	33	17	50	29	12	41	5	2	7	118
	25	6	31	88	40	128	30	16	46	5	2	7	212

Tableau 5 : Répartition des cabinets médicaux avec ou sans licence d'exploitation

Régions	Cabinets dentaires			Cabinets médicaux de consultation et de soins			Cabinets d'imagerie médicale			Total
	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	
Kayes	0	0	0	6	24	30	0	0	0	30
Koulikoro	0	0	0	38	17	55	0	0	0	55
Sikasso	0	0	0	15	23	38	0	1	1	39
Ségou	0	0	0	18	9	27	0	0	0	27
Mopti	0	0	0	0	8	8	0	0	0	8
Tombouctou	0	0	0	0	4	4	0	0	0	4
Gao	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Kidal	0	0	0	0	3	3	0	0	0	3
Taoudénit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ménaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bamako	13	13	26	155	159	314	3	2	5	345
	13	13	26	232	248	480	3	3	6	512

Tableau 6 : Répartition des cliniques et polycliniques avec ou sans licence d'exploitation

Régions	Cliniques chirurgicales et d'accouchement			Cliniques d'Accouchement			Cliniques médicales			Polycliniques			Total
	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	
Kayes	0	0	0	0	0	0	12	4	16	0	1	1	17
Koulikoro	0	1	1	0	0	0	4	6	10	0	1	1	12
Sikasso	0	0	0	0	0	0	1	9	10	0	0	0	10
Ségou	0	0	0	0	0	0	8	2	10	1	0	1	11
Mopti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tombouctou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gao	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Kidal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taoudénit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ménaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bamako	8	1	9	5	1	6	52	49	101	6	4	10	126
	8	2	10	5	1	6	77	71	148	7	6	13	177

Tableau 7 : Répartition des structures du secteur pharmaceutique avec ou sans licence d'exploitation

Régions	Laboratoires d'Analyses Biomédicales			Dépôts de Pharmacies			Officines			Etablissements ventes en Gros			Sociétés de production des produits			Total
	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	Avec Licence	Sans Licence	Total	
Kayes	0	0	0	16	6	22	43	7	50	1	0	1	0	0	0	73
Koulikoro	0	0	0	23	16	39	64	11	75	1	0	1	0	1	1	116
Sikasso	0	0	0	18	8	26	61	7	68	3	0	3	0	0	0	97
Ségou	0	0	0	14	5	19	49	9	58	0	1	1	0	0	0	78
Mopti	0	0	0	13	3	16	20	5	25	1	0	1	0	0	0	42
Tombouctou	0	0	0	4	0	4	2	3	5	0	0	0	0	0	0	9
Gao	0	0	0	1	0	1	7	3	10	0	0	0	0	0	0	11
Kidal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taoudénit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ménaka	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bamako	9	5	14	2	0	2	249	27	276	56	1	57	1	1	2	351
	9	5	14	92	38	130	495	72	567	62	2	64	1	2	3	778

ANNEXE C : LISTE DES INFORMATEURS CLEFS ET RESPONSABLES D'INSTITUTION RENCONTRÉS

N°	Prénoms et Nom	Fonction	Structure
1	Dr Amadou Sogodogo	Directeur	La Cellule de planification et de Statistique secteur santé (CPS)
2	Dr Bouréïma Pléah	Chef de Division	La Direction nationale de la santé (Division établissements sanitaires et de la Règlementation)
3	Dr Yaya Coulibaly	Directeur	La direction de la pharmacie et du médicament (DPM)
4	Dr Mama Magassa	Inspecteur Général	L'inspection de la santé
5	Dr Benoît Karambiry	Chef de Division	La Direction des Ressources Humaines de la Santé (DRH)
6	Dr Lassana Fofana	Président	Conseil Nation de l'Ordre National des Médecins
7	Dr Abdou Doumbia	Président	Conseil Nation de l'Ordre National des Pharmaciens
8	Mme Traoré Binta Ave	Présidente	Conseil Nation de l'Ordre National des Sages-femmes
9	Mme Yalcouyé Awa Guindo	Présidente	L'Association des Sages-femmes du Mali
10	Mohamed Fall	Président	La Fédération Malienne des thérapeutes traditionnels et herboristes (FEMATH)
11	Dr Cheick Mohamed Mansour Sy	Membre du bureau	L'Alliance du secteur privé pour la promotion de la santé
12	Dr Bouréïma Afo Traoré	Président	L'Association des médecins libéraux du Mali
13	Dr Aminata Traoré	Chef d'Équipe	USAID/MEASURE

ANNEXE D : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU CONTRÔLE DE QUALITÉ DES DONNÉES

N°	Prenom Et Nom	Structure	Tel	Email
1	Daouda Dembélé	DPM	64533708	drdembeled@gmail.com
2	Dr ABDOULAYE Konaté	ANTIM	66894056 / 72295816	abdoulayelkonate@gmail.com
3	Karim Traoré	CPS	63201100/ 76384285	abdoukarimtra33@gmail.com
4	Abdrahamane Zerbo	DNS	62989654/ 75012944	dramane.zb@gmail.com
5	Mme Touré Djénéba Togora	DRH	69547921 /75075257	djeneml@yahoo.fr
6	Dr Aguibou Traoré	CNOM	65373911 / 76411983	kethiomed64@gmail.com
7	Dr Mahamadou Balam	CNOP	79252926	mbalam.mrtc@yahoo.fr
8	Dr Mory Diané		66965871 / 79495024	morydiane87@yahoo.fr
9	Dr Bouréima Afo Traoré	AMLM	64052383 / 76317030	afodoct2@yahoo.fr
10	Sékou Diakité	AMIIM	66969921	sekoudiakite15@yahoo.fr
11	Boubacar Traoré	HFG	66788353/ 74500282	bobbtraore@yahoo.fr

ANNEXE E : CALENDRIER DE DÉROULEMENT DU RECENSEMENT

1.1. Exploitation des bases de données existantes (40j)

1.2. Collecte et intégration des informations complémentaires sur le terrain ou via le tél (33 j avec une équipe de 10 personnes)

- Recrutement d'une équipe de 10 personnes pour la collecte des informations complémentaires sur le terrain par le téléphone (1 j),
- Orientation de l'équipe sur les informations à collecter (1 j),
- Demande d'autorisation de collecte auprès des différents ordres professionnels, et lettre d'information des concernés par ceux-ci.
- Collecte proprement dite des données complémentaires (30 j),
- Enregistrement des données complémentaires (1 j),

1.3. Enquête de vérification de la concordance des données sur un échantillon représentatif, (5 j)

- Contrôle de qualité des données et vérification de la concordance des données théoriques et celles collectées sur le terrain.

1.4. Finalisation du 1er draft sur l'inventaire et le recensement des structures et personnels du secteur privé à but lucratif (5 j)

- Vérification des données et finalisation de la base de données consolidée par l'intégration de toutes les données collectées

1.5. Organisation et tenue d'un atelier de consensus (1 j d'atelier et 1 j de rapportage) qui :

- Vise à exposer les principaux constats aux responsables de bases de données exploitées en vue de recueillir leurs réactions (limites constatées par rapport au contenu des bases ; les écarts notés etc.), et
- Permettant d'identifier les variables complémentaires à collecter, ou celles à ajuster, avec une proposition consensuelle d'un nouveau format: principes; solutions; avantages et inconvénients;

1.6. Élaboration du rapport final (3j)

Nombre total de jours ouvrés : 40 +15 + 5 + 5 + 2 + 3 = 70

