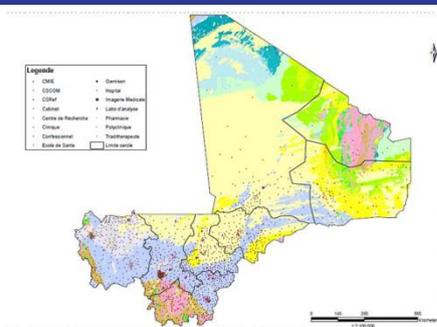




EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE MALI 2015 RESUME



Version Mars 2016

Cette publication a été préparée par: Anne JUILLET, Bokar TOURE, Haguiratou OUEDRAOGO, Yann DERRIENNIC pour le projet Health Finance and Governance.

Projet de Finance et Gouvernance de la Santé

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

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

Mars 2016

Accord de Coopération No. AID-OAA-A-12-00080

Soumis à: Christian Fung
Chef d'Equipe Bureau de Santé
USAID/ Mali



Abt Associates | 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)



EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ MALI 2015

AVERTISSEMENT

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

CONTENU

Contenu	i
Sigles et des Acronymes	ii
Remerciements	1
Résumé	3
Introduction.....	3
Contexte et problèmes affectant le système de santé.....	4
Principales conclusions et recommandations par pilier	5
Gouvernance – Principales conclusions	5
Gouvernance – Recommandations.....	8
Financement – Principales conclusions.....	8
Financement – Recommandations	10
Ressources humaines – Principales conclusions	10
Ressources humaines – Recommandations.....	11
Gestion pharmaceutique – Principales conclusions	11
Gestion pharmaceutique – Recommandations.....	12
Système d'information sanitaire – Principales conclusions	12
Système d'information Sanitaire – Recommandations	14
Prestations de services – Principales conclusions	14
Prestations de services – Recommandations.....	16
Impact de l'accroissement de la population sur les résultats du système de santé.....	17
Recommandation	18



SIGLES ET DES ACRONYMES

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

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

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

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



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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

Les auteurs remercient également les responsables du Projet AIRS (Abt-Mali), pour leur appui à la réalisation de l'évaluation et pour leurs contributions techniques.

Enfin, ils associent tout particulièrement dans ces remerciements les autres membres de l'équipe du Projet Health Finance & Governance pour leurs multiples soutiens et leurs conseils avisés lors de toutes les phases de ce travail, et en particulier lors de la révision de ce document



Introduction

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

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

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

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

Après les échanges menés avec la mission de l'Agence Américaine Internationale pour le Développement (USAID) et le MSHP, mais aussi avec les autres partenaires techniques et financiers (PTF) présents au Mali dans le secteur de la santé, l'activité principale de l'évaluation a été réalisée en deux phases. **Phase 1 (octobre - novembre 2015)**: réalisée en dehors du Mali, au cours de cette phase, l'équipe d'évaluation a parcouru les différents documents disponibles, rédigé une version préliminaire du rapport et préparé la seconde phase. **Phase 2 (décembre 2015 - mars 2016)**: démarrée par la visite de l'équipe d'évaluation au Mali (du 1er au 23 novembre 2015), cette phase s'est poursuivie hors du Mali par la rédaction du rapport.

Contexte et problèmes affectant le système de santé

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

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

La mise en œuvre de la politique de décentralisation constitue un des projets importants actuellement au Mali. Elle vise à transférer des compétences aux collectivités territoriales. Bien qu'elle ait connu des retards dans le cadre de son opérationnalisation, au niveau du Ministère de la Santé, des accomplissements majeurs ont été réalisés: création de Centres de Santé Communautaires (CSCoM) par les populations regroupées en associations; reconnaissance par les pouvoirs publics des responsabilités des associations dans la gestion des CSCoM pour les premiers soins et la promotion de la santé au sein de l'aire sanitaire; et élaboration de la Loi d'Orientation sur la Santé du 22 juillet 2002 faisant de l'extension de la couverture sanitaire un objectif essentiel du PDDSS et renforçant ainsi la place des CSCoM dans le dispositif sanitaire.

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

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

Selon l'EDS 2012-2013, le taux de mortalité maternel était estimé à 368‰. La mortalité maternelle est plus élevée en zones rurales² où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est limité à cause, d'une part des grandes distances géographiques pour atteindre les centres de santé et d'autre part de la rareté des ressources (ressources humaines de la santé, et en particulier les RHS qualifiées-médecins, infirmiers, et sages-femmes, mais aussi ressources financières, logistiques, et en produits pharmaceutiques). Les indicateurs en santé de la reproduction sont médiocres avec seulement 59% des accouchements assistés par un personnel qualifié et 41,2% des femmes enceintes ayant reçu au moins quatre ou plus de services de soins prénataux (EDS 2012-13). En ce qui concerne les femmes âgées de 15-49 ans, seulement 9,6% utilisent une méthode moderne de contraception alors que 26% d'entre elles ont déclaré avoir des besoins non satisfaits de planification familiale (EDS 2012-13) dans un pays où le taux de fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme (avec de grandes disparités entre zones rurales et urbaines: respectivement 6,5 et 5,0 selon l'EDS 2012-13). Dans un contexte économique régulièrement ébranlé par des chocs extérieurs (climatiques, socio-politiques, variations de prix du pétrole et des matières premières, et fluctuations des devises sur les marchés internationaux) imposant des efforts d'ajustement constants au Gouvernement malien, la pression démographique constitue un défi majeur.

Le taux de mortalité infantile enregistre une hausse depuis 2006 passant de 96 ‰ cette année-là (EDS 2006), à 104‰ en 2009 (INSTAT 2010³: rural: 118; urbain: 86,1), puis à 107 ‰ en 2012 (EDS 2012-2013).

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

Principales conclusions et recommandations par pilier

Gouvernance – Principales conclusions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

que si elle est orientée vers les soins des niveaux régionaux et centraux de la pyramide sanitaire^{4,5}. En outre, l'allocation en termes de niveaux (opérationnel/régional/central) et de zones géographiques (zone rurales/urbaines) affecte l'équité car généralement, les populations les plus riches bénéficient davantage de soins régionaux et centraux puisqu'elles vivent en zones urbaines où ces services sont davantage disponibles. De façon similaire, lorsque les investissements en infrastructures (construction de nouveaux établissements ou réhabilitation d'anciens établissements) sont orientés vers des établissements de premiers contacts se situant en zone rurale, ils peuvent être considérés significativement plus efficaces, plus efficaces, et plus équitables pour améliorer l'accès aux soins et services de santé⁶. Bien que les informations permettant de retracer les financements par niveau de soins sont difficilement disponibles, l'analyse de différents documents fournit quelques indications intéressantes qui montrent que:

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

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

⁴ Hatt L., Johns B., Connor C., Meline M., Kukla M., Moat K., 2015, *Impact of Health Systems Strengthening on Health*, Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project/Abt Associates, June, 49p.

⁵ Connor C., Averbug D., Miralles M., 2010, *Angola Health System Assessment 2010*, Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, July, 132p.

⁶ idem

⁷ Rapport du Bureau du Vérificateur Général, 2012, chapitre portant sur les services socio-sanitaires (Secrétariat Exécutif du CNS ; Association de recherche de communication et d'accompagnement à domicile ; groupe pivot, cellule de coordination du comité de lutte contre le Sida).

⁸ Fondation Frederick-Eberth, Mali-mètre, rapport 2014 et 2015 ; perception de la corruption au Mali ; la santé (57%) 4eme position après les mairies, la douane et la police ; en 2015 baisse relative de la santé (32 %)

⁹ Corruption et indécence dans les structures de santé : la gratuité de la césarienne remise en cause.

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

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

Gouvernance – Recommandations

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

Ouvrir le processus de planification et le suivi de la mise en œuvre des plans aux acteurs du secteur privé, des ONG et de la société civile: 1) en promouvant un Partenariat Public-Privé orienté sur des objectifs mutuellement bénéfiques. L'évolution du partenariat entre le MSHP et le secteur privé, qui constitue une part entière du système de santé, doit se faire par la construction d'une confiance mutuelle et d'une collaboration responsable et respectueuse des logiques managériales des deux parties qui ne sont pas forcément incompatibles ou inconciliables. Cela devra se faire à travers la participation active des représentants du secteur privé au dialogue politique et au processus de planification/programmation. Le contexte actuel doit nécessairement évoluer vers une confiance réciproque, une mise en synergie des moyens et une collaboration clairement énoncée pour les programmes de santé publique.

2) en prenant en considération les différentes spécificités de la société civile. À la faveur du mouvement démocratique, une société civile s'est développée au Mali sous différentes formes. Présente et active dans le secteur de la santé, elle est désireuse que ses diverses spécificités soient prises en compte (pas seulement à travers les ASACO, leurs regroupements régionaux et national, comme c'est le cas actuellement). La place des ASACO, des FERASCOM et de la FENASCOM dans le débat de politique sanitaire et dans la mise en œuvre des activités de santé occultent les autres entités de la société civile (ONG, autres associations et regroupements d'associations) qui ont des caractéristiques, des opinions, des moyens d'actions différents et qui de plus en plus actives sur le terrain souhaitent voir leurs opinions prises en considération.

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

Financement – Principales conclusions

Trois des cinq résultats stratégiques attendus sur le financement de la santé dans le PRODESS III concernent le MSHP: 1- l'amélioration de la mobilisation des ressources financières et l'allocation tenant compte des disparités; 2- l'amélioration de la gestion financière; 3- l'augmentation de la couverture de la population par un système de protection sociale. L'évaluation montre que les résultats attendus ne sont pas atteints:

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

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

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

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

Financement – Recommandations

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

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

Soutenir la mise en œuvre de la politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle: cette politique regroupe les efforts autour 1) d'une mobilisation des ressources efficace, équitable et pérenne; 2) d'un accès aux soins plus équitable en vue de réduire le poids financier des dépenses de santé pesant encore largement sur les ménages; 3) d'une meilleure allocation des ressources et une amélioration de la gouvernance financière; et 4) mais aussi de l'engagement du secteur privé. Le MSHP doit s'engager à accroître l'efficacité des ressources mobilisées: l'amélioration de la gestion des ressources publiques en introduisant non seulement plus de transparence dans l'allocation et l'utilisation des ressources, mais aussi plus de pratiques de la reddition des comptes, constitue un préalable pour accroître l'efficacité des ressources mobilisées.

Ressources humaines – Principales conclusions

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

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

ailleurs, les cadres organiques, qui auraient dû aider à rationaliser les décisions d'affectation, n'ont pas été mis à jour.

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

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

Ressources humaines – Recommandations

Baser les décisions de répartition des agents de santé sur les données factuelles

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

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

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

Gestion pharmaceutique – Principales conclusions

En 1998, le Mali a adopté sa politique pharmaceutique nationale (PPN). Elle organise tout le secteur pharmaceutique et vise à rendre accessible géographiquement et financièrement des médicaments essentiels (ME) de qualité, à l'ensemble de la population. Des efforts sont relevés quant à: la définition des rôles et des missions des parties prenantes; la libéralisation du secteur pharmaceutique; l'adoption d'un schéma directeur d'approvisionnement; l'existence d'un contrat-plan État-Pharmacie Populaire du Mali (PPM); l'élaboration des textes réglementaires et législatifs contribuant à améliorer la gestion de ce secteur; l'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques, la collecte des données au niveau des districts par le logiciel OSP/santé. Malgré les avancées observées, des insuffisances sont également relevées dans la mise en œuvre des textes, et les problèmes de gouvernance pharmaceutique sont accentués par un manque de ressources humaines, matérielles et financières, en particulier au niveau de l'homologation et du contrôle de l'importation dont la DPM est responsable. L'ensemble de ces insuffisances créent encore des ruptures de stocks du niveau central aux points de dispensation. En outre, en tant qu'Autorité National de réglementation (ANR), la DPM est chargée de délivrer les AMM mais les difficultés qu'elle rencontre pour mobiliser ses ressources propres disponibles au niveau du Trésor Public à travers la DFM du MSHP, dans des délais raisonnables, entravent la bonne marche d'un grand nombre de ses activités. Les difficultés précédentes sont encore renforcées par le fait que la DPM ne dispose pas d'un serveur servant à la compilation des données au niveau central ni d'une unité SIGL en son sein. Elle n'est alors pas en mesure de compiler, d'assurer le suivi ni d'exploiter/analyser les informations recueillies aux différents échelons de la pyramide de manière efficiente.

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

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

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

Gestion pharmaceutique – Recommandations

Améliorer le système actuel et pérenniser les appuis et les financements extérieurs: pour cela , le MSHP devra agir sur plusieurs facteurs notamment en: 1) renforçant la DPM par la mise à sa disposition des outils informatiques, de ressources humaines formées et des financements nécessaires pour mener ses missions; 2) en luttant contre les circuits parallèles/illicites des médicaments; 3) en faisant respecter le schéma directeur d'approvisionnement permettant d'assurer un accès à des médicaments de qualité; 4) en améliorant l'accès des ME aux populations par l'application et le respect des coefficients de cession à tous les niveaux de la pyramide.; 5) en accordant un pouvoir effectif à l'inspection; et 6) en faisant respecter les textes réglementaires.

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

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

Système d'information sanitaire – Principales conclusions

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

Planification et des Statistiques (CPS) constitue l'interface administrative de tous les interlocuteurs désirant utiliser les statistiques du secteur de la santé et de l'action sociale.

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

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

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

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

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

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

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

Système d'information Sanitaire – Recommandations

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

Rechercher les financements additionnels pour l'opérationnalisation du SD-SNISS: la mise à échelle du nouveau SD-SNISS tel que défini dans le plan stratégique SNISS 2015-2019 nécessite des financements additionnels qu'il y a lieu d'identifier. En particulier, l'opérationnalisation du DHIS2 retenu par le MSHP comme outil national sera possible grâce à de tels moyens. En outre, ces moyens permettront aussi de rendre fonctionnel le SIGL. La fonctionnalité de ce système d'information prévu dans le nouveau SD-SNISS renforcera les résultats déjà obtenus avec l'aide des partenaires dans l'obtention de prévisions pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira en particulier: 1) d'informatiser le circuit de collecte des données visant à rendre disponibles toutes les informations relatives à la gestion logistique depuis les CSCom; 2) de créer, au niveau de la DPM, une unité SIGL capable d'exploiter des données fiables et sur la base desquelles des décisions pourront être prises pour améliorer le système existant; et 3) de réaliser des supervisions formatives régulières des activités à tous les niveaux du cycle logistique en vue d'améliorer le SIGL, l'utilisation des données, l'estimation des besoins et la gestion des stocks.

Prestations de services – Principales conclusions

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

Malgré la volonté de promouvoir l'équité dans l'accès aux services, des résultats mitigés sont observés. Certaines mesures, allant des gratuités accordées pour certaines maladies à la mise en place du RAMED pour les indigents, ont un impact sur l'équité mais ces résultats doivent être améliorés et doivent pouvoir être évalués précisément.

L'actuelle organisation des services de prestations est orientée par la politique sectorielle de santé et population qui tire son inspiration de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP), de l'Initiative de Bamako (IB) et du scénario du développement sanitaire en trois phases de Lusaka (OMS). Les PRODESS I et II ont contribué à renforcer l'extension de la couverture par les CSCom qui constituent la base de la pyramide sanitaire et le premier niveau de contact avec les services de santé couvrant une aire de santé. En moins de cinq ans, le nombre de CSCom a doublé. Les CSCom

assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA) officiellement adopté. Les transferts de responsabilités aux collectivités décentralisées dans le cadre de la décentralisation constituent un défi majeur pour la consolidation des résultats acquis. La médicalisation des CSCom, prévoyant la présence d'un médecin à cet échelon, constitue une étape encouragée par les autorités et soutenue par les partenaires dans le but d'améliorer la qualité des services au niveau périphérique. Les Centres de Santé Communautaire – Universitaires (CSCOM-U) constituent par ailleurs une catégorie de CSCom participant à la formation des futurs professionnels de la santé. Ils sont soutenus par certains partenaires (Canada et ONG) en collaboration avec la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et avec l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS). Six CSCom participent déjà à cette démarche qui donne satisfaction aux promoteurs et aux bénéficiaires. La pérennité d'un tel investissement et l'élargissement de cette démarche novatrice posent la question cruciale des capacités internes de financement.

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

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

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

Le secteur privé à but lucratif se développe très rapidement avec un suivi très limité de la part des autorités de santé publique, comme si ce secteur ne faisait pas encore pleinement partie du système de santé. La porte d'entrée de la récente épidémie de fièvre à virus Ebola au Mali a été une des cliniques privées qui jouissait d'une réputation établie. Ceci est la preuve, s'il en était besoin, des dysfonctionnements existants dans la collaboration à l'intérieur du système de santé entre les structures publiques et les structures privées.

Le potentiel de déstabilisation des systèmes de santé y compris les plus sophistiqués et les plus performants a été noté lorsque ceux-ci ont été affectés par les récentes pandémies mondiales. La plupart de ces épidémies sont dues à des pathogènes dont la transmission est d'origine animale (SARS, le virus de l'immunodéficience humaine, la maladie du virus Ebola, l'influenza aviaire) et exigent de faire appel à de nouveaux paradigmes de surveillance et de riposte contre ces maladies qui dépassent les frontières des seuls services de santé humaine. La récente évaluation du Règlement Sanitaire International (RSI) du Mali a mis en exergue qu'il ne répondait pas aux exigences escomptées.

Les menaces au cours des années passées des épidémies à virus H1N1, la récente épidémie d'Ébola qui a affecté le pays, le risque élevé de bioterrorisme qui accompagne le djihadisme dans le septentrion du pays ont entraîné une prise de conscience des autorités nationales quant à la

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

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

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

Prestations de services – Recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandation

Faire de la réduction de la croissance démographique une priorité: seulement 9,6% des femmes âgées de 15-49 ans utilisent une méthode moderne de contraception alors que 26% d'entre elles ont déclaré avoir des besoins non satisfaits de planification familiale (EDS 2012-13) et que le taux de fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme (avec de grandes disparités entre zones rurales et urbaines: respectivement 6,5 et 5,0 selon l'EDS 2012-13). Ceci laisse donc une marge de manœuvre considérable pour entreprendre des actions ciblées sur ce groupe de la population en matière de planification familiale et ce pour réduire le taux de fécondité mais aussi améliorer la santé de la femme au Mali.

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



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.



**BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT**