



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

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

**Ministère du Travail et des
Affaires Sociales et
Humanitaires**

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

.....

Secrétariats Généraux

PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023

VERSION VALIDEE

**SECRETARIAT PERMANENT DU PRODESS
CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTE, DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET PROMOTION DE LA FAMILLE**

PREFACE

La mise en œuvre de la politique de santé et de population adoptée en 1990 a permis une véritable révolution dans les approches communautaires et partenariales pour le développement socio-sanitaire. Elle a jeté les bases de l'opérationnalisation de l'approche sectorielle qui s'est matérialisée à travers la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998–2007 et les deux programmes quinquennaux de Développement Sanitaire et Social, les PRODESS I et II. Pour harmoniser le PDDSS avec le CSCRP 2007-2011, le deuxième Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) a été prolongé jusqu'en 2011.

L'évaluation de ce PDDSS effectuée en 2011 a révélé :

- des forces qui se résument essentiellement en (i) une amélioration modérée et progressive des indicateurs de santé ; (ii) un progrès important dans l'extension géographique du réseau des CCom ; (iii) un renforcement de la responsabilité des acteurs et actrices comprenant une plus grande maîtrise du développement du secteur et un renforcement de la solidarité avec l'institutionnalisation de l'assurance maladie obligatoire (AMO), le régime d'assurance médicale (RAMED) et les appuis consentis au développement des mutuelles.
- des faiblesses en terme (i) d'insuffisances dans la performance du système de santé et (ii) d'efforts à faire pour l'accès universel aux soins de santé.

Pour le développement social, les problématiques principales sont : (i) la prise en charge efficace des personnes et catégories sociales en situation difficile ; (ii) le renforcement des capacités des communautés pour un meilleur accès aux services sociaux de base et pour l'amélioration des revenus des populations les plus pauvres ; et (iii) l'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population par des mécanismes efficaces.

La prise en compte de la question de l'équité entre les sexes reste très limitée malgré les tentatives entreprises par la Direction Nationale des Collectivités Territoriales et les collectivités territoriales elles-mêmes pour l'intégrer. L'attention semble s'être focalisée sur les quelques femmes élues comme maire ou conseiller, alors que la décentralisation est une opportunité inédite pour faire progresser un développement motivant.

En plus, l'intégration des données du MFPFE dans le système d'information socio-sanitaire reste un défi majeur à relever.

L'année 2012 étant une année transitoire après la fin du PRODESS II prolongé, des plans opérationnels centrés sur les principales priorités au titre de 2012, ont été validés et sont en cours de mise en œuvre.

Cette période transitoire a conduit de fait à décaler la période couverte par le nouveau plan décennal de 2014 à 2023.

Ce nouveau PDDSS au titre de la période de 2014 à 2023 a pour but de corriger les insuffisances constatées dans la mise en œuvre du précédent PDDSS. Il est l'instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé consacrée par la Loi n°02- 049 du 22 juillet 2002, portant Loi d'Orientation sur la Santé.

A partir des acquis et des leçons apprises du précédent PDDSS, le nouveau plan est organisé autour des orientations stratégiques ainsi que les interventions prioritaires pour la matérialisation de la vision du gouvernement pour les dix prochaines années. On peut citer entre autres, la poursuite de la mise en œuvre de la gouvernance, la décentralisation et le renforcement du partenariat public privé.

L'élaboration de ce plan s'appuie d'une part sur les orientations du cadre unique de référence des politiques et stratégies de développement national, et le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2015 d'autre part.

Ce plan est le fruit d'un processus participatif et itératif qui a impliqué tous les acteurs et actrices clés du domaine (les responsables nationaux et régionaux des départements de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, la Société Civile, les membres des groupes thématiques du PRODESS, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers).

En outre, la situation du Nord a créé de nouveaux besoins sur le plan des infrastructures, des équipements et des intrants qui devront être pris en compte dans la mise en œuvre du nouveau plan décennal de développement sanitaire et social. La crise actuelle a fait apparaître la nécessité de la mise en place d'un dispositif efficace et efficient de réponse aux situations d'urgence.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social sera mis en œuvre à travers des programmes quinquennaux élaborés à partir des Plans de Développement sanitaire des Cercles (PDSC) qui constitueront la priorité des priorités dans le processus de planification décentralisée. Ainsi, le district de santé reprendra toute sa place dans le développement socio-sanitaire. L'objectif de ce Plan Décennal est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le présent PDDSS est désormais, le document de référence nationale pour toutes les interventions dans le secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Dans le domaine de la santé, la loi d'orientation en cours sera révisée pour formaliser les nouvelles orientations de développement du secteur de la santé.

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

**Ministre du Travail et
des Affaires Sociales et
Humanitaire**

**Ministre de la
Promotion de la
Femme, de la Famille
et de l'Enfant**

REMERCIEMENTS

Le présent Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social couvre la période 2014–2023 et donne les orientations en matière de santé, d'axes de développement social et de promotion de la femme, de la famille et de l'enfant, pour l'atteinte des résultats communs. Il a été élaboré sous la coordination de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) secteur santé – Développement Social et Promotion de la Famille.

Les remerciements vont :

- i) Aux trois chefs de départements en charge du PRODESS ainsi qu'à leurs secrétaires généraux, pour le soutien constant qu'ils n'ont jamais cessé d'apporter à la CPS, dans la perspective de résultats meilleurs.
- ii) Aux partenaires techniques et financiers, qui sous leur forte impulsion, le nouveau plan a pu se concrétiser. La synergie des efforts et l'esprit de collaboration des personnes ressources, des agences et des institutions partenaires, ont prévalu tout le long du processus.
- iii) A toute l'équipe de la CPS-SS-DS-PF et aux membres du secrétariat technique du PRODESS, qui sous l'impulsion du Directeur de ladite structure, la cinquième version produite par l'équipe des experts nationaux appuyés par les consultants internationaux, a pu faire l'objet d'une relecture et des observations formulées par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires et celui de la Promotion de la Femme de la Famille et de l'Enfant. La prise en compte de ces observations a permis de produire une sixième, puis une septième version du nouveau PDDSS prenant en compte les trois (3) composantes (santé, développement social, promotion de la famille), qui fut validée le 27 novembre 2013, par les trois départements en charge du PRODESS. Aussi, les suggestions importantes faites par différents services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, du Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, du Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, les personnes ressources lors des réunions et des ateliers, ont enrichi les différentes versions du document.
- iv) A l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la production du PDDSS 2014-2023.

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	7
I. GENERALITES SUR LE MALI	11
1.1 CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES	11
1.2 SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE.....	12
II. POLITIQUES NATIONALES DE SANTE, DE DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE PROMOTION DE LA FAMILLE ET ORGANISATION DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE.....	13
2.1 POLITIQUES NATIONALES.....	13
2.1.1 Politique nationale de la santé :.....	13
2.1.2 Politique au niveau du développement social :.....	14
2.1.3 Politique nationale genre.....	17
III. GRANDES REALISATIONS ET LEÇONS TIREES DU PDDSS AU TITRE DE LA PERIODE DE 1998 A 2011	24
3.1 GRANDES REALISATIONS.....	24
3.2 QUELQUES LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PDDSS AU TITRE DE LA PERIODE 1998-2011.....	28
IV. PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR	30
V. VISION DU PDDSS 2014-2023.....	33
VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PDDSS 2014-2023	36
6.1 OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS	40
6.1.1 Soins prénataux et assistance à l'accouchement.....	40
6.1.2 Planification familiale.....	42
6.1.3 Lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.....	43
6.1.4 Etat nutritionnel des femmes enceintes, des enfants et des nourrissons.....	45
6.1.5 Santé scolaire.....	46
6.2 OBJECTIFS STRATEGIQUES N°2 : LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ...	48
6.2.1 Maladies transmissibles.....	48
6.2.2 Maladies tropicales négligées.....	53
6.3 OBJECTIFS STRATEGIQUES N°3 : LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	53
6.3.1 Maladies non transmissibles.....	53
6.3.2 Coordination et intégration des programmes de lutte contre les maladies.....	55
6.4 OBJECTIFS STRATEGIQUE N°4 : SANTE ET ENVIRONNEMENT.....	55
6.5 OBJECTIF STRATEGIQUE N°5 : URGENCES SANITAIRES LIEES AUX CATASTROPHES ...	58
6.6 OBJECTIF STRATEGIQUE N°6 : OFFRE DES SOINS, UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE	59

6.6.1	<i>Extension de la couverture sanitaire</i>	59
6.6.2	<i>Amélioration de la qualité des services de santé</i>	61
6.6.3	<i>Développement des Infrastructures, équipements et de la Maintenance</i>	65
6.6.4	<i>Médecine traditionnelle</i>	67
6.7	OBJECTIF STRATEGIQUE N°7 : MEDICAMENTS ESSENTIELS, REACTIFS DE LABORATOIRE, VACCINS ET PRODUITS SANGUINS	68
6.8	OBJECTIF STRATEGIQUE N°8 : RESSOURCES HUMAINES	75
6.9	OBJECTIF STRATEGIQUE N°9 : FINANCEMENT DE LA SANTE ET SOLIDARITE	77
6.9.1	<i>Financement de la santé</i>	78
6.9.2	<i>Développement de la solidarité et de la protection sociale</i>	80
6.10	OBJECTIF STRATEGIQUE N°10 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET SOCIALE ET RECHERCHE	82
6.10.1	<i>Système d'information sanitaire et sociale</i>	82
6.10.2	<i>Développement de la Recherche</i>	85
6.11	OBJECTIF STRATEGIQUE N°11 : GOUVERNANCE ET DECENTRALISATION	86
	<i>Les interventions prioritaires suivantes permettront la prise en compte systématique du genre dans les programmes de santé:</i>	93
	VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PDDSS 2014-2023	94
7.1	MODALITES PROGRAMMATIQUES DE MISE EN ŒUVRE ET DE PILOTAGE DU PDDSS	94
7.2	MODALITES DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES DU PDDSS	95
	VIII. SUIVI ET EVALUATION DU PDDSS	96
	IX ANNEXES.....	97

SIGLES ET ABREVIATIONS

AB	Aide Budgétaire
ABG	Aide Budgétaire Globale
ABS	Aide Budgétaire Sectorielle
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ANEH	Agence Nationale pour l'Evaluation des Hôpitaux
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ANSSA	Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale
ARV	Antirétroviraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation/Déconcentration
CANAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CAP	Couple Année Protection
CNAM	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CEPRIS	Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN+	Consultation Périnatale plus
CPON	Consultation Post Natale
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CRM	Caisse des Retraites du Mali
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
CRLD	Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
CS	Comité de Suivi
CT	Comité Technique
DAF	Direction Administrative et Financière
DBC	Distribution à Base Communautaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DESAM	Développement Sanitaire du Mali (logiciel)
DESR	Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation
DFM	Direction des Finances et du Matériel (ex DAF)
DGS	Dépenses Générales de l'Administration en Santé
DMT	Département de la Médecine Traditionnelle
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence en Santé de la Reproduction
DNCT	Direction Nationale de Collectivités Territoriales
DNS	Direction Nationale de la Santé

DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPvS	Dépenses du Secteur Privé en Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTCP3	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite, 3e vaccination
DTS	Dépenses Totales en Santé
EDS-M	Enquête Démographique et de Santé – Mali
EIPC	Ecoles des Infirmiers de Premier Cycle
EPA	Établissement Public à caractère Administratif
EPH	Établissement Public Hospitalier
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST	Etablissement Public à Caractère Scientifique et Technologique
ESS	Ecole Secondaire de la Santé
FAM	Fonds d'Assistance Médicale
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de santé communautaire
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
FED	Fonds Européen de Développement
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GSM	Global System for Mobile Communications
HACT	Harmonized Approach for Cash Transfers
HCCT	Haut Conseil des Collectivités Territoriales
HHA	Harmonisation of Health for Africa (Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide et l'harmonisation pour la santé en Afrique)
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IS	Inspection de la Santé
IOTA	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
IHP(+)	International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)
JANS	Joint Assessment of National Strategies (Évaluation conjointe de stratégies et plans nationaux)
KfW	Banque Allemande pour le Développement
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de Santé
MCS	Mission Conjointe de Suivi
MAS	Ministre chargé des Affaires Sociales
ME	Médicaments Essentiels
MICS/ELIM	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples et de Dépenses des Ménages

MS	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
MFPFE	Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme et de l'Enfant
NC	Nouveau Cas
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OS	Orientation Stratégique
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PNDRHS	Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PO	Plan Opérationnel
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSNAN	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
PSPHR	Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDADME	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SD-SNISS	Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Social
SEPAUMAT	Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériel
SF	Sages-Femmes
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIH	Système d'Information Hospitalier
SISo	Système d'Information Sociale*
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néo-Natals d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néo-Natals d'Urgence complets
TSS/TS	Techniciens Supérieurs de la Santé/ Techniciens de la Santé

TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

I. GENERALITES SUR LE MALI

1.1 Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés.

Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord.

Selon les résultats définitifs du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)¹, la population résidante était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans.

« Cette population a atteint les 15 840 000 habitants en 2011 selon les résultats des projections issues de la révision 2010 des perspectives mondiales de la population de la Division Population des Nations Unies ».

Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire. Les nomades représentent 0,92% de la population. Elle vit essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural.

La densité du pays est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

Le Mali a connu une augmentation rapide de l'effectif de sa population entre 1976 et 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance de la population a atteint 3,6 de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus.

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% et la population âgée de 65 ans et plus est de 5%.

¹ INSTAT Résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'habitat ; Déc. 2011

Le Mali comprend huit régions administratives, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes. Ces dernières sont administrées par les collectivités territoriales. La stabilité dont a bénéficié le pays pendant deux décennies a permis la mise en œuvre d'importants programmes de développement et l'attrait d'un volume non négligeable de financements extérieurs.

1.2 Situation économique et sociale

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCRП en 2011 (Rapport 2011 de mise en œuvre du CSCRП 2007-2011). Au cours de cette période, la structure du tissu économique était la suivante : secteur primaire 36,5%, secondaire 18,4% et tertiaire 38%. Bien qu'inférieur à la prévision de 6,5% du CSCRП, selon le même rapport, le taux de croissance du PIB de 4,5% observé en 2009 reste cependant supérieur à celui de la zone UEMOA. Dans son classement² basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 175^{ème} sur 187 pays en 2011.

La proportion³ de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA par an. Selon la même source, la baisse enregistrée dans l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable au secteur rural (de 65% à 51%). Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

² Yves BOURDET&al. ASDI « Inégalités de genre, croissance et lutte contre la pauvreté au Mali », 2010

³ Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) de 2010

II. POLITIQUES NATIONALES DE SANTE, DE DEVELOPPEMENT SOCIAL, DE PROMOTION DE LA FAMILLE ET ORGANISATION DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE

2.1 Politiques Nationales

2.1.1 Politique nationale de la santé :

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali. Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : (i) le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et (ii) le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'Approche Sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les acteurs et actrices à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures.

La Politique Sectorielle de Santé a été reconfirmée et consacrée par la Loi n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;
- La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- La promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaires du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le Gouvernement de la République du Mali a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle suivant le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010).

2.1.2 Politique au niveau du développement social :

a) La politique nationale de solidarité

La politique nationale de solidarité du Mali se fonde entre autres sur : la constitution de la République du Mali, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, les engagements internationaux. Elle a pour objectif majeur d'assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociales en vue d'un développement humain durable. Sa mise en œuvre est assurée par les acteurs publics et privés.

L'atteinte de l'objectif général de la politique nationale de développement social est assurée grâce à la mise en œuvre de programmes articulés autour des orientations suivantes:

- Le renforcement de la solidarité et la lutte contre l'exclusion ;
- La lutte contre la pauvreté ;
- Le renforcement de la protection sociale.

Ses orientations spécifiques sont :

- La promotion de l'intégration socio-économique des personnes âgées ;
- La promotion de l'intégration socio- économique des personnes handicapées ;
- La promotion de l'intégration socio- économique des femmes et enfants en situation difficile ;
- Le renforcement de l'action humanitaire et de l'aide sociale pour les indigents et personnes victimes de catastrophes telles que les inondations, la sécheresse, les incendies, les épidémies, la famine ;
- Le renforcement des capacités des communautés dans le processus d'auto- promotion, à travers notamment les associations, les sociétés coopératives, les mutuelles de santé et diverses formes d'organisations de proximité ;
- L'amélioration de l'accès des plus pauvres aux activités génératrices de revenus (AGR) ;
- La promotion de l'accès de certaines catégories spécifiques à l'emploi ;
- L'amélioration de l'accès des plus pauvres aux services sociaux de base: l'eau potable, la santé, l'éducation, le logement ;
- L'extension progressive des champs d'application matérielle et personnelle du système de sécurité sociale, notamment par la mise en place de nouveaux régimes tels que l'Assurance Maladie Obligatoire et la couverture de nouvelles cibles ;

- L'amélioration des capacités de gestion des institutions de sécurité sociale ;
- Le développement des mutuelles et autres formes d'organisations de protection sociale basées sur la solidarité.

Son ancrage avec la santé s'opère à travers notamment la participation communautaire et le développement de mécanismes de protection sociale.

Le financement de la politique nationale de développement sociale est assurée par : (i) l'Etat ; (ii) les Collectivités Territoriale ; (iii) les organisations à but non lucratifs ; (iv) les autres personnes physiques et morales ; les partenaires techniques et financiers et l'auto financement.

Cette politique de solidarité mise en place par le gouvernement malien en 1993 se caractérise par une logique d'interdépendance réciproque et de renforcement des liens d'humanisme et de fraternité entre les citoyens d'une même nation pour éviter les phénomènes d'exclusion. Elle a pour finalité la réduction des inégalités , la protection sociale, la promotion socio-économique des groupes vulnérables que sont les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes et enfants en situation difficile, les personnes démunies et reconnues comme indigentes.

b) Politique nationale de protection sociale

La déclaration de politique nationale de protection sociale a été adoptée par le Conseil des Ministres en avril 2002. Elle présente et expose la politique du Gouvernement en matière de protection sociale. Elle sert de cadre à la réalisation des plans, programmes, projets et stratégies pour garantir une couverture sociale des risques des différentes catégories de la population. Elle se fonde sur les engagements internationaux auxquels le Mali a souscrit en matière de protection sociale, notamment la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la convention sur les droits de l'enfant et les résolutions du sommet de Copenhague sur le développement social, tenu en 1995.

La politique nationale de protection sociale est l'expression du droit de tout citoyen à une protection sociale, consacré par la constitution de la République du Mali. Elle traduit l'engagement de la République du Mali à assurer la meilleure protection possible de tous les citoyens contre les risques sociaux durant toute la vie. Elle est fondée sur la solidarité et admet également des formes d'assurance individuelles.

Elle s'articule autour de 3 grandes orientations :

- L'extension des champs d'application, matériel et personnel ;
- Le développement de l'aide et de l'action sociale ;
- Le développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité.

Son objectif général, qui est de « Construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier, sera atteint à travers la réalisation d'objectifs spécifiques dédiés à chaque orientation.

La politique nationale de protection sociale est mise en œuvre depuis 2005 à travers le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2005-2009 et le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2011-2015 en cours d'exécution.

L'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) sont, entre autres, deux résultats tangibles de la mise en œuvre de la politique.

c) Politique nationale de promotion de l'économie sociale et solidaire

Le développement de l'économie sociale et solidaire constitue un pan important des missions du département en charge du développement social et de la solidarité. Il s'agit d'un sous-secteur à fort impact sur le renforcement de la demande de santé à travers son énorme potentiel d'amélioration des revenus des populations.

Depuis 2009, le ministère, avec l'appui de la société civile et des partenaires techniques et financiers, est engagé dans l'élaboration de documents de référence dans ce domaine. Il s'agit notamment de : (i) la politique nationale de promotion de l'économie sociale et solidaire, (ii) le plan d'actions national de promotion de l'économie sociale et solidaire.

Lesdits documents, ayant déjà été élaborés, ont fait l'objet de larges concertations ministérielles et de partage avec les partenaires concernés. Ils ont été également présentés et bien appréciés au Forum International de l'Economie Sociale et Solidaire tenu à Montréal en octobre 2011.

Le processus d'adoption de ces documents par le conseil des ministres ayant été retardé par les événements survenus au Mali en mars 2012, ils viennent de faire l'objet d'une relecture et attendent d'être adoptés.

La vision du Gouvernement à travers la politique de promotion de l'économie sociale et solidaire est de : « Contribuer au raffermissement d'une société démocratique au sein de laquelle la réduction de la pauvreté se réalisera par la création et la redistribution de richesses à travers la promotion des entreprises et organisations basées sur la solidarité et la primauté de l'Homme ».

Ainsi est-elle structurée autour de quatre (04) orientations stratégiques : (i) renforcement institutionnel, législatif et réglementaire du secteur de l'économie sociale et solidaire; (ii) Renforcement des capacités des organisations et des acteurs de l'économie sociale et solidaire ;

(iii) Développement de l'information, de la formation et de la recherche en économie sociale et solidaire ; (iv) Administration et Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de l'économie sociale et solidaire.

Le premier plan quinquennal d'action devant servir pour l'opérationnalisation de la politique est prévu pour la période 2014-2018.

L'objectif global de ces instruments sera de : « **Contribuer à la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à la création de richesses et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali** ».

2.1.3 Politique nationale genre

Le Mali a adopté la Politique Nationale Genre, pour concrétiser ses engagements nationaux, internationaux et africains au regard de l'édification d'une société démocratique et d'un État de droit dans lequel l'égalité entre les femmes et les hommes constitue une valeur fondamentale telle qu'inscrite dans la Constitution du pays du 25 février 1992.

Le Mali a fait le pari de construire une société démocratique, d'accélérer sa croissance économique, de réduire la pauvreté et d'améliorer le bien-être de sa population en vue de s'ériger au rang des pays émergents. Pour y parvenir, il a entrepris un vaste chantier de réformes afin de moderniser l'État, de développer les infrastructures et le secteur productif, de consolider les réformes structurelles et de renforcer le secteur social. Ces grands défis de société exigent de s'attaquer aux causes et aux conséquences du faible niveau de développement humain qui entrave le développement socioéconomique du pays, l'épanouissement des personnes, femmes et hommes et qui en plus, hypothèque le devenir des générations futures.

Pour relever valablement et durablement le niveau de développement humain et assurer sa croissance, le Mali doit être en mesure d'assurer une éducation qualifiante et de qualité à toute sa jeunesse, filles et garçons, d'alphabétiser sa population adulte, femmes et hommes et d'offrir des soins de santé de proximité en vue de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile qui figurent parmi les plus élevés au monde.

De plus, pour optimaliser sa croissance et être en mesure de combler les besoins fondamentaux de sa population, le Mali est confronté à des défis au plan démographique se traduisant par une population jeune, un taux de natalité et un taux de fécondité élevés. De plus, la fécondité élevée par grossesse précoce constitue un véritable problème de santé publique.

Le relèvement de l'ensemble des indicateurs sociaux ne pourra se faire sans des mesures concrètes pour éliminer les disparités et les inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Sans l'atteinte de cette équité, le Mali restera toujours dans une position qui lui est défavorable pour assurer un développement qui implique la modernisation et la diversification de ses secteurs économiques grâce à une main-d'œuvre qualifiée et en bonne santé.

À cela s'ajoute les coûts sociaux et économiques qui sont générés par une population sous-éduquée et peu qualifiée et par la position sociale des femmes dictée par des facteurs socioculturels qui les empêchent d'exercer pleinement leurs droits et qui les freinent dans leur autonomisation et leur pouvoir économique.

La Politique Nationale genre est bâtie autour de six orientations stratégiques :

- Orientation N° 1 : Consolidation de la démocratie malienne et de l'état de droit par l'égalité d'accès et la pleine jouissance des droits fondamentaux pour les hommes et les femmes ;
- Orientation N°2 : Développement d'un capital humain (femme, homme) apte à affronter les défis du Développement socioéconomique du pays, de la réduction de la pauvreté, de l'intégration africaine et de la mondialisation ;
- Orientation N° 3 : Reconnaissance de la contribution des femmes au développement économique par leur insertion aux circuits productifs et l'accès égal aux opportunités d'emploi et aux facteurs de production ;
- Orientation N°4 : Mise à contribution des potentialités des femmes et des hommes dans le développement du pays, par leur participation égale aux sphères de décision ;
- Orientation N°5 : Promotion, sensibilisation et communication pour l'enracinement des valeurs égalitaires au sein de la société malienne tout en ralliant des traditions porteuses d'égalité aux impératifs de la modernité et de l'ouverture sur le monde ;
- Orientation N°6 : Prise en compte du Genre comme un principe directeur de bonne gouvernance dans les politiques et réformes publiques les plus porteuses de changement et dans les budgets, en considérant le contexte de la déconcentration et la décentralisation et ce, dans les secteurs prioritaires suivants : justice, éducation, santé, emploi et formation professionnelle, développement rural, décentralisation, travail, fonction publique et réforme de l'Etat, économie, finances et communication.

La politique nationale genre sera complétée par celle de la Promotion et de la Protection de l'Enfant et celle de la Famille qui sont en cours d'élaboration.

2.2 Organisation du système de santé :

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux :

- le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;

- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie – Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3^{ème} référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

Le niveau intermédiaire regroupe 7 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2^{ème} référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

(i) Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

(ii) Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé complété par la carte hospitalière.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Les services de santé de l'armée :

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmiers, de maternités de garnison et d'infirmiers-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire.

Les services confessionnels de santé :

Les structures de prestation de services des Organisations religieuses au nombre de 25 selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 » complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali **une médecine traditionnelle riche et variée**, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 ».

2.3. Organisation des services du développement social et de l'économie solidaire :

Le système social est composé des services centraux et leurs représentations déconcentrées, de services rattachés, d'organismes personnalisés, des organisations de l'économie solidaires, d'organisations spécifiques de ses groupes cibles constituant la société civile émergente du domaine social et de structures communautaires issues de la décentralisation.

Ainsi, les services techniques du ministère en charge des affaires sociales se composent de deux services centraux : (i) la Direction Nationale du Développement Social et (ii) la Direction Nationale de la Protection Sociale, de l'Economie Solidaire et la (iii) Direction Nationale du Travail (et de la Sécurité Sociale) sont chargés chacun en ce qui le concerne de la conception et du suivi de l'exécution des éléments de politique et programmes relevant de leurs attributions respectives.

Ces trois structures centrales partagent des services régionaux et subrégionaux responsables de l'exécution des programmes aux niveaux des régions, des cercles et des communes du district de Bamako.

L'offre et la demande de service se font suivant la forme pyramidale et selon les trois niveaux de la déconcentration administrative comme suit :

Niveau central : Est constitué des :

• Directions nationales, de services financiers et de contrôle :

Leur rôle essentiel est d'élaborer, concevoir les politiques, programmes et projets du domaine, coordonner les activités des services d'exécution, les évaluer et suivre la mise en œuvre de toutes les mesures relatives à la réorganisation des structures, au perfectionnement des méthodes de travail, à l'amélioration des relations humaines à l'intérieur des services respectifs et à la qualité des prestations offertes au public. En outre les structures dudit niveau effectuent la mobilisation et l'utilisation rationnelle des ressources afférentes aux programmes et activités du secteur.

• Services rattachés :

Il s'agit de projets de lutte contre la pauvreté, de services de la décentralisation et de coordination des structures de l'économie solidaire.

• Organismes personnalisés :

Ce sont les organismes de protection sociale, de recherche, de production et prestation des services spécifiques.

- **Niveau régional** : Traduit sous forme de projets et programmes les politiques et stratégies nationales en matière de développement social et d'économie solidaire. Il effectue l'appui au niveau opérationnel. Les Directions régionales du Développement social et de l'Economie solidaire, de l'INPS et de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale constituent les principaux services régionaux.
- **le niveau subrégional** : le cercle constitue le niveau administratif primaire d'exécution, de planification des projets et programmes de développement social et d'économie solidaire, de suivi des cibles et de contrôle des organisations du domaine. Le Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES), les antennes de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale et de l'INPS constituent les principaux services du développement social à cet échelon.
- **Le niveau communal** : Le service du développement social à ce niveau, dénommé Centre Communal de Développement Social et de l'Economie Solidaire (CCDSES), est un service des collectivités territoriales créé par arrêté du président de l'organe exécutif, il a vocation d'assurer le service public en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire sur le territoire de la commune, pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de pauvreté, d'exclusion et d'organisation sociale et solidaire des populations de ladite commune.

• Secteur Associatif

Les intervenants de ce secteur, en général, complètent et prolongent l'action des services publics. Ce sont des organisations de la société civile regroupées essentiellement au sein des associations et leurs faitières. La catégorisation ici n'est pas aisée, leurs missions sont très dépendantes des évolutions contextuelles quoique certains parmi eux visent des segments particuliers de la population avec une compétence géographique limitée. Les types de services rendus sont variés, ils exercent en général dans les domaines médico-sociaux, de sécurité sociale, de protection et de promotion sociale de leur groupe cible. Certaines d'entre eux existent depuis fort longtemps et ont acquis le statut d'association d'utilité publique. Ils sont présents à tous les échelons de la pyramide.

La décentralisation/déconcentration des services du développement social et de l'économie solidaire est aujourd'hui une réalité à travers plusieurs textes : (i) le Décret n°09-542/ PM-RM du 8 octobre 2009 portant création de la Cellule d'Appui à la Décentralisation /Déconcentration ; (ii) l'Arrêté N° 10-0508/MINISTRE CHARGÉ DES AFFAIRES SOCIALES-SG du 25 février 2010 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de ladite cellule ; (iii) le Décret N°10-278/PM-RM du 14 mai 2010 portant nomination des membres de la Cellule ; (iv) Décret N° 2012- 082/P-RM du 08 février 2012 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière de Développement Social, de Protection Sociale et d'Economie Solidaire. Cette réforme qui est à l'effet de permettre le développement desdits services au niveau communal connaît un début de concrétisation avec les initiatives de Centres Communaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire entreprises dans certaines communes de la Région de Ségou et du Cercle de Yorosso dans la région de Sikasso.

D'autres structures, dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sont responsables de missions spécifiques relevant des domaines d'intervention du ministère. Il s'agit de : (i) l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) ; (ii) la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) ; (iii) la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM); (iv) le Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali (CNAOM) ; (v) le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) ; (vi) l'Institut National d'Etudes et de Recherches en Gérontologie et Gériatrie (IERGG) ; (vii) l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) ; (viii) l'Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte contre la Pauvreté (ODHD-LCP).

Trois (03) projets viennent en appui à ces structures pérennes dans des zones spécifiques d'intervention. Il s'agit notamment du : (i) Projet d'Appui aux Communautés Rurales (PACR) ; (ii) Projet d'Appui au Développement Communautaire (PADEC) et (iii) Projet de Réduction de la Pauvreté de la Région de Mopti (PRPRM).

2.4 Organisation des services de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant :

Les services techniques du Ministère de la Promotion de la Femme de la Famille de l'Enfant se composent de quatre services centraux : (i) la Direction Nationale de la Promotion de la Femme ; (ii) la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille ; (iii) le Centre National d'Information sur la Femme et l'Enfant et la Direction des Finances et du Matériel, sont chargés chacun en ce qui le concerne de la conception et du suivi de l'exécution des éléments de politique et programmes relevant de leurs attributions respectives. En décembre 2009, il a été créé la Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Concentration (CADD) également rattaché au Secrétariat Général du MPFFE.

Les Directions Nationales partagent des services régionaux et subrégionaux responsables de l'exécution des programmes aux niveaux des régions, des cercles et des communes du district de Bamako.

A la suite des directions régionales et centrales se retrouvent les maisons de la femme et de l'enfant totalisant un nombre de huit dont deux à Bamako.

III. GRANDES REALISATIONS ET LEÇONS TIREES DU PDDSS AU TITRE DE LA PERIODE DE 1998 A 2011

Selon les rapports de l'évaluation externe du PDDSS, du MICS et des rapports d'activités des différents services sur la période, les grandes réalisations et les principales leçons tirées se résument comme suit :

3.1 Grandes réalisations

La politique nationale de santé et de population avait pour outil privilégié de mise en œuvre le PSPHR qui avait pour ambition de lancer les bases pour le passage à l'Approche sectorielle. Celle-ci s'est matérialisée à travers la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 qui a été mis en œuvre à travers le PRODESS I (1998-2002), le PRODESS II (2005 -2009) et le PRODESS II prolongé (2009 -2011). Le PRODESS II prolongé (2009-2011) a été conçu essentiellement pour aligner la durée de mise en œuvre du PDDSS sur celle du CSCRIP qui prenait fin en 2011.

Le PDDSS devrait: (i) poursuivre les réformes structurelles du secteur; (ii) augmenter l'accessibilité géographique à des soins de santé de qualité dans le cadre du partenariat Etat-communauté ; (iii) veiller à une meilleure allocation des ressources (mieux effectuer les dépenses) et (iv) améliorer la coordination et l'utilisation de l'aide extérieure.

Les différentes évaluations externes réalisées en 2002 et en 2011 ont montré qu'il y a eu :

- (i) une amélioration globale modérée et progressive des indicateurs de santé ;
- (ii) un renforcement de l'équité dans l'offre des soins ;
- (iii) un progrès important dans l'extension géographique du réseau des CSCom avec cependant la persistance d'insuffisances notables dans la performance du système de santé ;
- (iv) un renforcement de la responsabilité et de la maîtrise du système au niveau des acteurs et actrices du développement sanitaire et social ;
- (v) un renforcement de la maîtrise de la coordination de l'aide pour le développement de la santé.

Une amélioration globale⁴ de l'état de santé :

⁴ Enquêtes Démographiques et de Santé (1995/96, 2001, 2006) et MICS (2010)

- La mortalité infantile a diminué de 122.5 pour mille naissances vivantes en 1996 à 95.8 pour mille naissances vivantes en 2006 ;
- La mortalité maternelle a aussi diminué de 577 en 1996 à 464 pour cent mille naissances vivantes en 2006 ;
- L'insuffisance pondérale des enfants des moins de 5 ans est passée de 33.3% en 2001 à 18% en 2006 ;
- Le taux de prévalence contraceptive reste à un niveau très bas évoluant de 4.5% à 9.2% de femmes en union utilisant un moyen moderne de contraception entre 1996 et 2010 alors que les besoins non satisfaits sont estimés à 31% selon le rapport de l'évaluation externe du PDDSS, face à un taux annuel élevé d'accroissement de la population⁵ (3.6%).

Une augmentation de l'accessibilité géographique à des soins de qualité :

- Une importante extension géographique du réseau des CSCom : la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé est passée de 29% en 1998 à 58% en 2010 selon le SLIS ;
- Le renforcement du PMA à tous les niveaux par la mise en œuvre de nouvelles stratégies de prise en charge et de contrôle développées par les programmes nationaux (vaccination, paludisme, PCIME, VIH/SIDA, supplément en micro nutriments tel que la vitamine A et le fer) ;
- La médicalisation de 312 CSCom sur 1050 soit 29,6% avec le recrutement de médecins pour rehausser la qualité des services de santé ;
- Le développement des soins de santé au niveau communautaire avec la mise en place des agents de santé communautaire et des relais au niveau des villages pour faciliter la prise en charge des cas simples de certaines pathologies courantes et le recours précoce aux soins (Soins Essentiels dans la Communauté) ;
- Le renforcement des CSRéf avec la rénovation/construction, l'équipement et la dotation en ressources humaines des structures ;
- L'organisation de la référence/évacuation entre les CSCom et les CSRéf et de la prise en charge des urgences obstétricales ;

⁵ RGPH, 2001

- Le renforcement des hôpitaux avec un investissement important dans leur rénovation/construction, équipement et dotation en ressources humaines et leur transformation en Etablissement Public Hospitalier (EPH) doté d'une autonomie de gestion avec un Conseil d'Administration, la création de l'Agence Nationale pour l'Evaluation des Hôpitaux.

Une démarche institutionnalisée pour l'équité dans l'offre des services de santé :

- La priorisation des interventions par zone de pauvreté a permis de prêter plus d'attention aux populations qui vivent dans les localités les plus pauvres en y consacrant plus de ressources ;
- La gratuité de la césarienne chez les femmes enceintes ;
- La gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes ;
- La gratuité du traitement aux Anti-Retro-Viraux (ARV) ;
- La gratuité du traitement de la lèpre et de la tuberculose ;
- Le renforcement de l'aide sociale classique par la prise en charge médicale de personnes défavorisées, l'appareillage et la rééducation de plusieurs personnes handicapées ;
- L'amorce d'une prise en compte du 3^{ème} âge dans les programmes de santé et de solidarité.

Une responsabilisation plus accrue des acteurs et actrices dans la maîtrise du développement du secteur de la santé et un renforcement de la solidarité :

- L'établissement d'une convention d'assistance mutuelle entre les ASACO et les Collectivités du niveau Commune dans le contexte de la décentralisation et du transfert des compétences et des ressources ;
- L'élaboration d'outils de mise en œuvre de la décentralisation : un guide d'opérationnalisation du décret n°02-314/P-RM du 4 juin 2002, un guide de gestion des CSRéf, un guide de gestion des CSCom en mode décentralisé et un manuel de mise en œuvre de la décentralisation avec l'appui de la SNV ;
- L'intégration des agents sur fonds PPTE ayant plus d'un an de service dans la fonction publique des collectivités territoriales ;
- L'évaluation financière des ressources budgétaires de l'Etat liées aux compétences transférées et l'inscription dans la loi des finances 2012 de ces ressources selon le niveau au compte des collectivités ;
- L'adoption de textes relatifs aux organes de coordination et de gestion du PRODESS et leur relecture ;
- La relecture (en cours) des textes de restructuration de la Direction Nationale de la Santé ;

- La responsabilisation des membres de la famille dans la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant ;
- L'apport des loisirs sur l'amélioration de l'état de santé de la population en général et en particulier celui des enfants ;
- La poursuite des interventions classiques en matière de catastrophe naturelle ;
- Le renforcement du financement de la santé avec des dépenses de santé par habitant et par an qui sont passées de USD 18 en 1998 à USD 38 en 2009 à travers une participation importante des ménages de 52% dans les dépenses de santé ;
- Le développement des mécanismes de protection sociale et de financement alternatif de la santé par la mise en place d'un environnement législatif et réglementaire plus favorable avec une plus grande visibilité dans le développement des mutuelles, l'institution de l'Assurance Maladie Obligatoire au profit des fonctionnaires, des civils et des militaires, des fonctionnaires des collectivités décentralisées, des travailleurs du secteur privé, des retraités et des assurés volontaires au régime de l'INPS et la création de la CANAM; l'instauration d'un Régime d'Assistance Médicale au profit des indigents et la création de l'ANAM, la mise en place d'un dispositif d'assurance volontaire à l'INPS ;
- La réalisation d'une étude de faisabilité en vue de la mise en place d'un Fonds National des Risques et Calamités pour le monde rural ;
- Le financement d'activités génératrices de revenus au profit de plusieurs individus et groupes défavorisés (reconversion des vendeuses de faux médicaments) ;
- Le développement des ressources humaines, notamment au niveau de : (i) la production du personnel avec un rôle important bien que non maîtrisé du secteur privé et (ii) le renforcement institutionnel avec l'adoption de la politique et du plan de développement des ressources humaines et la création de la Direction des Ressources Humaines (DRH) chargée de la coordination de la mise en œuvre pour les trois ministères du secteur.

Une amélioration de la coordination et de l'utilisation des ressources :

- La mise en œuvre du PDDSS a consacré le passage formel et complet à l'approche sectorielle en instituant : (i) un appui conjoint au cadre de planification unique, élaboré de manière participative ; (ii) une gestion conjointe des interventions planifiées et la coordination de tous les acteurs et actrices à travers les organes de pilotage du PRODESS (Conseils de gestion, les CROCEP, le Comité Technique, le Comité de suivi et le Comité de Pilotage; (iii) la mise à disposition d'une procédure financière préférentielle en lieu et place d'une multitude de procédures ; et (iv) un système conjoint de suivi et d'évaluation ;

- Le processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans et programmes a connu une nette amélioration, conduit par les structures pérennes de l'administration et appuyé par des structures de concertation et de coordination regroupant l'ensemble des parties prenantes : les structures administratives concernées, le secteur privé, la société civile et les PTF ;
- Les rôles et responsabilités sont bien définis et exercés sous la coordination et le leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires. Le Ministère de la Promotion de la Femme de la Famille et de l'Enfant a intégré ce processus et les dispositions sont en cours pour l'élaboration d'une composante promotion de la famille dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau PDDSS.
- A travers ses organes et instruments programmatiques et de mise en œuvre, le PDDSS a concrétisé l'engagement du Mali pour : (i) les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ; et (ii) la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et les modalités qui en ont résulté telles que l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et le partenariat international pour la santé (IHP). La signature du « compact » national en 2009 a constitué un palier majeur dans le cadre des efforts visant à constituer un cadre unique et harmonisé pour une mobilisation accrue et une meilleure utilisation de l'aide dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des OMD.

Enfin, le PRODESS représente une réalisation en soi en tant qu'approche sectorielle et cadre de collaboration des partenariats divers pour l'amélioration de l'état de santé de la population.

3.2 Quelques leçons tirées de la mise en œuvre du PDDSS au titre de la période 1998-2011

Mortalité maternelle et infantile :

Des initiatives ou interventions spécifiques ciblées ont permis d'avoir des progrès appréciables au niveau de la mortalité maternelle et infantile. Il s'agit, notamment de la gratuité de la césarienne et des moustiquaires imprégnées d'insecticides et du renforcement de la référence/évacuation, des soins pré et postnataux, de la planification familiale même si cette dernière reste encore timide. Il faut ajouter à ces initiatives, l'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant les premiers mois de la vie et l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Toutefois l'évaluation externe du PDDSS 1998-2007 révèle que les gratuités ne profitent pas aux plus pauvres.

De telles initiatives et interventions sont à renforcer tout en encourageant d'autres initiatives et interventions similaires en mettant un accent particulier sur la couverture des plus démunies par lesdites initiatives.

Extension de la couverture sanitaire :

- (i) Le non-respect de la carte sanitaire fragilise la viabilité des CSCom et ne permet pas de conclure que l'augmentation du nombre de CSCom s'accompagne automatiquement d'une augmentation équivalente de la couverture sanitaire. Le respect de la carte sanitaire reste donc essentiel pour une extension équitable de la couverture sanitaire.
- (ii) Malgré l'attention particulière accordée aux régions ayant l'accessibilité géographique la plus faible, les disparités régionales dans l'offre de service ne se sont pas réduites suffisamment à cause des facteurs et actrices liés à la grande dispersion, à la mobilité et à l'enclavement saisonnier de certaines régions. Par conséquent, des stratégies spécifiques plus adaptées prenant en compte ces facteurs et actrices doivent être mises en œuvre pour réduire ces disparités.
- (iii) La priorisation des appuis financiers par zone de pauvreté a, sans doute, bénéficié aux zones les plus pauvres mais on ne peut pas affirmer que les pauvres en ont véritablement bénéficié, même si les écarts se sont réduits au niveau des principaux indicateurs. Il y a lieu, par conséquent, d'approfondir les réflexions pour pouvoir procéder à un ciblage plus spécifique et plus pointu des pauvres.

Responsabilisation des acteurs et actrices :

La décentralisation administrative est une opportunité pour la responsabilisation des acteurs et actrices au niveau local mais des dispositions appropriées doivent être prises pour assurer son ancrage avec l'organisation communautaire de la santé et une répartition claire des rôles et responsabilités des autorités communales et des ASACO en particulier. Un accent particulier doit donc être mis sur le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs et actrices de la gestion des aires de santé.

La participation communautaire :

L'approche communautaire essentielle à l'implication des communautés nécessite une démarche soutenue et du professionnalisme tout au long du processus de création et de fonctionnement d'une ASACO et de son CSCom. Cependant, au fil du temps, elle est de plus en plus délaissée selon les constats de l'évaluation externe du PDDSS. Ce qui pourrait expliquer l'essentiel des dysfonctionnements au niveau des ASACO et des CSCom.

Solidarité pour un meilleur accès aux services de santé :

Les mécanismes de solidarité initiés, tels que les mutuelles et les caisses de solidarité, pour faciliter l'accès aux services de santé prennent du temps à se mettre à échelle de manière pérenne. Ce qui est dû, certainement, aux difficultés de leur arrimage ou articulation avec les formes traditionnelles de solidarité. Une réflexion devrait être entreprise pour confirmer cette affirmation et déterminer les moyens pour assurer cette articulation. Il est nécessaire de développer de nouvelles stratégies pour accélérer l'extension des mutuelles de santé.

Gouvernance et pilotage du système de santé :

- (i) La collaboration entre les deux ministères (santé et de l'hygiène publique et du travail et des affaires sociales et humanitaires) chargés de la mise en œuvre du PDDSS 1998-2007 n'a pas été optimale, l'un et l'autre s'étant concentrés sur les volets qui relèvent de sa responsabilité sans toujours faire attention à la synergie et à la complémentarité pour un résultat commun. Avec l'arrivée d'un troisième ministère (Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant), il devient impératif de ne pas laisser de chance au cloisonnement en volets dans l'élaboration du présent PDDSS.
- (ii) La concertation, la coordination et le dialogue sont indispensables pour assurer une large participation et responsabilisation des acteurs et actrices aux différents niveaux mais la lourdeur du processus de planification a un impact négatif sur la mise en œuvre des activités opérationnelles. Il y a lieu, par conséquent, d'alléger le processus tout en préservant l'essentiel qui est de donner la priorité aux plans et PO des districts de santé.
- (iii) L'approche genre dans la mise en œuvre des programmes de santé n'a pas été suffisamment prise en compte. Il est nécessaire que l'égalité entre les femmes et les hommes soit mieux institutionnalisée par le présent PDDSS pour s'assurer que les mesures adéquates soient prises afin d'améliorer la santé des femmes et celle de la population en général.

IV. PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR

Au Mali, les années 90 ont été consacrées aux réformes structurelles et au développement des modèles. Le Plan décennal 1998-2007 a été consacré à l'extension géographique des services de santé et à la poursuite des réformes. Le nouveau plan décennal 2014-2024 sera axé sur l'accès universel aux soins de santé, l'amélioration de la qualité des soins pour l'atteinte des OMD et plus spécifiquement à ceux relatifs à la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. Pour ce faire, les problèmes prioritaires autour desquels les programmes de développement devront être organisés sont les suivants:

Dans le domaine de la santé des femmes et des enfants :

- (i) La mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile reste encore élevée avec respectivement⁶ 464 pour 100.000 naissances vivantes, 46‰, 96‰ et 191‰ en 2006 ;
- (ii) L'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes est toujours préoccupant avec une insuffisance pondérale de 18% chez les enfants de moins de 5 ans et un déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer de 13,6% en 2006 selon l'EDSM IV ;
- (iii) Les pratiques néfastes à la santé de la femme et de la fille telles que les Mutilations Génitales Féminines (MGF) et les violences sont encore courantes. En effet, malgré la baisse du taux de prévalence de la pratique des MGF/excision au Mali de 91,6% (EDSM-III) à 85,2% (EDSM-IV), l'excision demeure une pratique courante ;
- (iv) Le taux de prévalence contraceptive reste à un niveau très bas avec seulement 9,2% de femmes en union qui utilisent un moyen contraceptif moderne.

La morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles :

- (v) La morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, etc.) restent élevées et celles dues aux maladies non transmissibles (le Diabète sucré, la drépanocytose, les Cancers, etc.) prennent de plus en plus une ampleur inquiétante.

Le développement du système de santé :

- (vi) L'accessibilité géographique des populations aux services de santé reste encore limitée (42% de la population n'ont pas accès à une structure de santé dans un rayon de 5 km) et le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (0,37 en 2010); La qualité des services de santé a été insuffisamment prise en compte (mauvais accueil, mauvaise organisation des soins, manque de continuité et de globalité, insuffisance et inadéquation des équipements).
- (vii) Le système pharmaceutique présente des insuffisances : gouvernance d'ensemble du système inadéquate, ruptures de stock fréquentes, utilisation non rationnelle des médicaments et la prolifération du secteur informel, etc.
- (viii) L'insuffisance dans la gestion des produits pharmaceutiques gratuits qui représentent une part importante des stocks de médicaments au niveau des formations sanitaires.

⁶ EDS IV, 2006

- (ix) Le système de référence/évacuation est confronté au faible niveau des contributions aux caisses de solidarité, à la non prise en compte du facteur transport entre le village et le CSCoM, à l'insuffisance dans l'articulation entre les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence et le reste du système de santé.
- (x) Des ressources humaines mal réparties, insuffisantes, peu performantes et peu motivées (formation, utilisation, motivation).

La Participation communautaire et la solidarité :

- (xi) Des mécanismes de solidarité peu performants avec une couverture cumulée qui reste faible et des difficultés de leur arrimage avec les formes traditionnelles de solidarité.

La Gouvernance :

- (xii) Un processus gestionnaire et de planification qui bien que rôdé connaît cependant une certaine lourdeur et lenteur, une tendance centralisatrice et un certain cloisonnement ainsi qu'une appropriation insuffisante de l'approche basée sur les résultats.
- (xiii) Des difficultés de capitalisation des retombées de la décentralisation avec la lenteur dans les changements de comportement, l'incompréhension sur les rôles respectifs des différents acteurs et actrices et des ASACO de faibles capacités gestionnaires.
- (xiv) Un système de financement de la santé peu adéquat avec une contribution trop importante de la population à travers les paiements directs, une part du budget santé dans le budget national très en deçà des 15% décidés par les chefs d'Etat à Abuja, une gestion trop centralisée, peu performante, et un manque d'équité dans l'allocation au détriment du niveau opérationnel et des plus démunis.
- (xv) Une faible couverture en mutuelles de santé (3% selon le SISO 2010) et un mécanisme non pérenne de prise en charge des indigents, limitant de ce fait l'accès d'une frange importante de la population à des soins de santé au niveau communautaire.
- (xvi) Une implication insuffisante du secteur privé à but lucratif dans le processus de planification et de mise en œuvre des programmes, malgré sa place importante dans l'offre des services de santé.
- (xvii) La faible participation des femmes dans les organes de gestion des services de santé, particulièrement dans les postes de responsabilité et, en conséquence, dans l'élaboration et la mise en œuvre de programme de santé.
- (xviii) Une insuffisance dans l'élaboration et l'application des lois et règlements notamment la loi hospitalière, la loi d'orientation sur la santé, la loi sur l'exercice privé de la médecine entre autres.

Au vu des problèmes énoncés plus haut, les principaux et grands défis à relever pendant les dix prochaines années restent encore, en ce qui concerne le Mali, l'atteinte effective des OMD liés à la santé, c'est-à-dire :

- La réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile et
- La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies.

Les déterminants fondamentaux pour faire face à ces défis sont :

- L'amélioration de la performance du système de santé avec un système de santé de base plus proche des populations, bien géré et fournissant des prestations de qualité, et
- La responsabilisation des acteurs et actrices, le renforcement de la solidarité et la maîtrise du développement du secteur.

V. VISION DU PDDSS 2014-2023

Le présent PDDSS est un document qui précise les orientations stratégiques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, celui du Travail, des Affaires Sociales et Humanitaires et celui de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant. Ce plan est opérationnalisé par ses trois composantes qui constituent les différents programmes de développement du domaine de la santé et de l'Hygiène Publique, celui du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires et celui de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant. Cependant, les axes permettant de produire les résultats communs en santé seront identifiés dans les différents documents. Ainsi, les synergies nécessaires pour impacter positivement la santé des populations seront développées. La vision et les objectifs se fondent sur ces principes de base.

La vision du gouvernement malien en matière de santé découle de sa volonté affichée de tout mettre en œuvre pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et réduire la pauvreté conformément aux orientations du CSCR. Elle se décline, par conséquent, comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population malienne, en général, et pour les femmes et les enfants, en particulier, à travers un accès universel à des soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les fondements, valeurs et principes de cette Vision pour la santé sont basés sur la Constitution du Mali qui reconnaît la santé comme un droit fondamental. L'Etat a, par conséquent, le devoir de définir et mettre en œuvre une politique de santé pertinente et cohérente qui répond aux aspirations légitimes des populations et aux exigences du contexte international.

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé reposent sur l'équité, le respect des droits humains, le respect de l'identité culturelle des communautés, le droit des patients, le genre et la bonne gouvernance.

Le Mali a adhéré aux principes des soins de santé primaires (Alma Ata, 1978) qui reposent sur :

- l'acceptabilité des services de santé pour tous ;
- l'efficacité et l'efficience des soins de santé ;
- la réactivité des services de santé ;

- l'accès universel aux soins ;
- la coordination et la collaboration intersectorielle ;
- la participation individuelle et collective.

La vision du Gouvernement Malien en matière de développement social s'inscrit dans un processus interactif et participatif dans lequel la croissance économique doit contribuer à l'amélioration des conditions de vie pour l'ensemble des couches de la population.

Il s'agira d'assurer le réarmement moral de l'ensemble des acteurs engagés dans un processus pour répondre à la demande sociale de plus en plus pressante, combattre la maladie et éloigner à jamais le spectre de la famine pour la sauvegarde de la dignité humaine.

La vision du Gouvernement malien dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre de la politique confiée au département chargé de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille précise l'élaboration et la mise en œuvre des mesures devant assurer le bien-être de la femme, de l'enfant et de la famille. Cette vision prend en compte également l'élaboration et la mise en œuvre des actions visant à assurer une meilleure insertion économique, sociale et culturelle des femmes et des enfants par la prise en charge de leurs besoins spécifiques ; la promotion des droits de la femme et de l'enfant; la promotion de la famille.

Il a, également, adopté et ratifié les principaux engagements internationaux en matière de santé, de développement social et de promotion de la famille.

Il s'agit, notamment de :

- la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen ;
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, et le protocole relatif aux droits des femmes en Afrique ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant ;
- la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- la plate-forme de Beijing ;
- la Déclaration du Millénaire pour le développement ;
- la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA ;
- la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide et l'agenda d'action d'Accra;
- le Partenariat International pour la Santé (IHP) ;
- la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, et les systèmes de santé en Afrique ;
- la Déclaration du Forum Mondial de Bamako sur la recherche pour la santé, le développement et l'équité ;

- la Déclaration d'Addis ABEBA sur la santé communautaire dans la Région africaine à l'issue de la Conférence internationale conjointe ONUSIDA, UNICEF, Banque Mondiale, OMS sur la santé communautaire pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité ;
- l'Initiative de Bamako en 1987;
- le Scénario de Développement en trois Phases de l'OMS AFRO ;
- la Déclaration Solennelle des Chefs d'Etat sur l'Egalité entre les Hommes et les Femmes ;
- la Charte Africaine des Droits et du Bien Etre de l'Enfant ;
- la convention relative aux droits des personnes handicapées
- la convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale
- La Déclaration du Sommet Mondial pour le Développement Social, tenu à Copenhague en 1995;
- Le Sommet Mondial de Washington en 1997 sur la micro finance,
- Les Conventions et Pactes internationaux sur les droits des enfants, des femmes, des personnes handicapées, des personnes Agées.

Pour la mise en œuvre des principes et valeurs mentionnés supra et de ses engagements internationaux, le Mali a pris un certain nombre de textes législatifs et a adopté des politiques nationales qui traduisent sa volonté politique en faveur de la santé.

Il s'agit, notamment de :

- La Politique Sectorielle de la santé, 1990 ;
- La politique nationale de Solidarité, 1993 ;
- La Politique Nationale de Protection de l'Environnement, 1998 ;
- La Politique de Protection Sociale, 2002 ;
- Loi n°02-044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction ;
- Loi d'Orientation sur la Santé (Loi n°02- 049 du 22 juillet 2002) ;
- La Loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière;
- La Politique Nationale de la population, 2003 ;
- La Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, 2005 ;
- La Politique Nationale de l'Eau, 2006 ;
- la Loi n°06-028 du 29 Juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA ;
- La Politique Nationale Genre, novembre 2010 ;
- La politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé en 2009 ;
- La Politique Nationale pour l'Abandon de la Pratique de l'Excision en 2010 ;
- La politique nationale de recherche ;
- La signature de conventions communautaires dans le cadre de l'abandon de la pratique de l'excision.

VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PDDSS 2014-2023

En fonction des problèmes prioritaires et des défis à relever, le PDDSS a été organisé autour de onze objectifs stratégiques prioritaires. Il s'agit de :

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

« En raison de la situation qui prévaut au Nord, une attention particulière doit être portée au renforcement du système de santé dans cette zone. Ceci passe par la restauration/mise en place des infrastructures, des équipements, des ressources humaines et des intrants. L'élaboration des plans de districts devra en tenir compte pour contribuer significativement à la réalisation des objectifs stratégiques déclinés dans le présent plan ».

Résumé des Objectifs stratégiques et leurs valeurs cibles en 2023 :

Objectif général: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population malienne				
Objectifs Stratégiques	Indicateurs			
	Intitulé	Niveau de base	Année de référence	Cible en 2023
Réduire la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	Taux de mortalité néonatale	46‰	EDS IV (2006)	16‰
	Taux de mortalité infantile	96‰	EDS IV (2006)	50‰
	Taux de mortalité infanto-juvénile	191‰	EDS IV (2006)	95‰
	Taux d'insuffisance pondérale	19,00%	MICS 2010	14%
	Déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer	13,60%	2006 (EDSM IV).	5%
	Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	464	EDS IV (2006)	146
	Taux de CPN3,	39%	SLIS 2010	50%
	Taux d'accouchement assisté	59%	SLIS 2010	90%
	Taux de prévalence contraceptive	9%	2010	20%
	Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB de qualité au niveau des CScom	7,20%	MICS 2010	3 0%
Réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies transmissibles	Le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en DTCP3 (PENTA 3)	92%	SLIS 2010	98%
	Taux de couverture en VAR	87%	SLIS 2010	98%
	Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les enfants de moins de 5ans	36%	EDS IV (2006)	90%
	Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les femmes enceintes	29%	EDS IV (2006)	90%
	Proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme vus dans les formations sanitaires.	41,70%	PNLP (2011)	10%
	Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les 15-49 ans	1,30%	EDS IV (2006)	<1%

Objectif général: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population malienne				
Objectifs Stratégiques	Indicateurs			
	Intitulé	Niveau de base	Année de référence	Cible en 2023
Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles	Taux de prévalence du diabète sucré	9,3%	Etude en 2008	5%
	Taux de prévalence de l'HTA	10%	Estimation 2011	6%
	Taux de prévalence de la carie dentaire chez les enfants d'âge scolaire (< 10 ans)	82,4%	Estimation 2011	< 50%
Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé	Taux de couverture en latrines améliorées	11%	EDSM IV	30%
Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits et minimiser leur impact social et économique	% du budget de la santé alloué aux catastrophes et épidémies	1,48%	DFM (2011)	3,33%
Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	Taux de la couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km	58%	SLIS 2010	80%
	Taux d'utilisation des services (nc/hbt/an)	0,37	SLIS 2010	0,5
	Pourcentage d'ASACO avec 30% des membres qui sont des femmes dans les organes de gestion			50%
	Pourcentage d'ASACO présidées par des femmes	<2%	FENASCOM (2002)	15%
Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins	Taux de rupture de stock de médicaments du panier commun	19,50%	Rap Eval (2008)	0%
	Coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM	1430 FCFA	Rap Eval (2009)	<1500 FCFA
Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable	Ecart entre la moyenne nationale et la région la moins favorisée			
	- Médecin	1 p 11000	2011 (DNS)	1 p 5000
	- Sage-femme	1 p 38000	2011 (DNS)	1 p 15000
	- Infirmier-Assistant médical	1 p 4500	2011 (DNS)	1 p 1000

Objectif général: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population malienne				
Objectifs Stratégiques	Indicateurs			
	Intitulé	Niveau de base	Année de référence	Cible en 2023
Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces.	La part du Budget de la santé dans le budget national	8,16%	DFM 2009	15%
	Taux de couverture des populations en mutuelles de santé	4,1%	SISO 2012	20%
	Taux de couverture de l'AMO	3,4%	2012	16%
	Taux de couverture du RAMED	0,2%	2012	5%
	Pourcentage de financement alloué aux zones les plus pauvres	55%	Rap Eval (2009)	60%
Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et sociale fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social	Fonctionnalité et intégration des différents sous systèmes	4/7 soit 57,4%	Estimation (2011)	100%
Assurer une gouvernance du système de sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle	% d'ASACO ayant signé la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec les communes	95%	FENASCOM 2011	100%

Les résultats stratégiques pour l'atteinte de chacun de ces objectifs stratégiques ont été développés et pour chaque résultat stratégique, les interventions prioritaires nécessaires ont été déclinées.

6.1 Objectif stratégique n°1 : Santé des femmes et des enfants

Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

Les efforts déployés par le gouvernement du Mali avec l'appui des partenaires techniques et financiers ont permis d'améliorer significativement l'état de santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que⁷ le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 238‰ en 1996 à 191‰ en 2006; le taux de mortalité infantile est passé de 123‰ en 1996 à 96‰ en 2006 et le taux de mortalité maternelle est passé de 577 à 464 pour 100.000 naissances vivantes entre 1996 et 2006.

En observant les tendances, on peut aisément affirmer que, si des actions vigoureuses et courageuses ne sont pas prises, le rendez-vous pour les OMD IV (mortalité infantile) et V (mortalité maternelle) ne sera pas respecté même au-delà de 2022.

Les déterminants directs de cette situation sont :

- la disponibilité et qualité des soins prénataux et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié;
- la qualité et le fonctionnement du système de référence / évacuation ;
- la santé de la reproduction y compris la Planification familiale ;
- l'état nutritionnel de l'enfant et de la femme enceinte.

6.1.1 Soins prénataux et assistance à l'accouchement

Le taux de CPN était de 75% en 2011 avec 39% de CPN3, 62% de couverture en VAT2 et 36% en SP2. L'accouchement assisté était à 57%, le taux de césarienne de 2,4% pour un taux de référence maternel de 1,19% en 2011 selon le SLIS

Les résultats stratégiques et interventions prioritaires suivants sont formulés pour le renforcement des acquis et la mise en œuvre des initiatives novatrices en vue de faire face aux défis.

RS-1.1. Le paquet de Soins Prénataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.

En ce qui concerne la consultation des enfants sains de 0 – 59 mois, le taux de nouveaux cas est de 25,32%. Seulement 22,90% des agents de santé sont formés en Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique. Par contre, la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté a permis de former et d'installer 721 agents de santé communautaire dans les 5 régions de la phase initiale (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti). Des efforts restent à fournir pour le maintien de ces agents en termes de prise en

⁷ EDS II (1996), EDS III (2001) et EDS IV (2006)

charge et de suivi et la formation et l'installation des agents complémentaires pour assurer une couverture adéquate.

Les interventions prioritaires nécessaires pour rendre disponibles et accessibles les SP et les SONE sont les suivantes :

- le renforcement des capacités des ressources humaines en matière de Soins Maternels, Néonataux et Infantiles (SMNI) ;
- l'extension de la PTME à toutes les structures offrant des services de Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels (SONE);
- l'extension de la stratégie PCIME et son adaptation aux missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- la mise à échelle des soins essentiels dans la communauté en prenant en compte la prise en charge des agents de santé communautaire et des relais;
- la réalisation des monitorages semestriels des activités de SMNI en intégrant les nouveaux aspects (SENN, GATPA, FO);
- l'extension de la politique de gratuité à la prise en charge de la fistule obstétricale.

RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé.

En 2010, 61 structures de santé ((59 CSREF et 2 CSCom) offraient des SONUC. Par contre, seulement 76 CSCom offraient des SONUB sur 1050 structures potentiellement SONUB soit 7,2%. Avec ce dispositif associé à la gratuité de la césarienne, le taux d'accouchements par césarienne est passé de moins de 1% durant des années 90 à 2,33% en 2009. Cependant, des contraintes importantes pèsent encore sur le fonctionnement du système. On peut entre autres citer le déficit de couverture en SONUB, les ruptures de stocks des kits de césarienne, la défektivité du système de radio communication (RAC), l'insuffisance dans la fonctionnalité des caisses de solidarité ainsi que les obstacles géographiques et financiers que rencontrent les femmes pour parvenir à temps au CSRéf, l'insuffisance de financement par les collectivités territoriales, l'absence de transport organisé des parturientes du village vers les CSCom et les obstacles socio culturels liés aux rapports d'inégalité dans les prises de décision. Il est à signaler également que la gratuité de la césarienne ne profite pas au quintile des plus pauvres selon le rapport d'évaluation externe du PDDSS 98-07.

Les interventions prioritaires suivantes permettront de résoudre les problèmes évoqués plus haut :

- Le renforcement du plateau technique des structures de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales (maternités, blocs opératoires, salle de réanimation de la mère, espaces de réanimation du nouveau-né, banque de sang);
- Le renforcement de la politique de gratuité de la césarienne en prêtant une attention particulière à son intégration dans le système de gestion des formations sanitaires, à l'approvisionnement régulier des structures de référence en "kits césariennes de qualité et au respect de l'équité.

- L'amélioration du système de communication pour la référence/évacuation (RAC/téléphonie mobile, moyens de transport pour les urgences, ...) en prenant en compte le déplacement du village vers le CSCoM;
- Le renforcement des capacités techniques du personnel d'appui des CSRéf (chauffeurs d'ambulance, manœuvres, opérateurs RAC/téléphonie mobile, secrétaires, etc....) et des relais communautaires sur la préparation de la réponse en situation d'urgence;
- Le développement d'une combinaison dynamique de stratégies complémentaires de protection, de mutualisation du risque adaptées aux réalités de chaque localité, aux côtés des caisses de solidarités fonctionnelles ;
- La responsabilisation de la famille sur les questions de santé à travers une participation accrue des hommes et des femmes à la prise de décision.

6.1.2 Planification familiale

La majorité des femmes n'ont pas accès à des services de SR de qualité aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et particulièrement au niveau communautaire où les besoins restent énormes. La situation des prestataires qualifiés (sages-femmes et infirmières obstétriciennes) reste dominée par une mauvaise répartition géographique et un déficit au plan quantitatif sur le territoire national et au niveau des districts sanitaires. Par ailleurs, bien que des bonnes pratiques et initiatives aient été mises en œuvre çà et là, il reste que celles-ci demeurent expérimentales et ne sont pas dupliquées à échelle dans le pays.

Pour prendre en charge ces problèmes, les résultats stratégiques suivants sont attendus :

RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR.

Le taux de prévalence contraceptive⁸ chez les femmes en union utilisant un moyen moderne de contraception est passé de 4,5% en 1996 à 9,2% en 2010. Il est l'un des plus bas de l'Afrique Subsaharienne. Les besoins non satisfaits en PF estimés à 31% restent élevés et la fécondité de 6,6 enfants par femme est préoccupante face à un taux d'accroissement de la population⁹ élevé de 3.6%.

Chez les adolescentes et jeunes, le taux de fécondité est de 188 pour 1000 chez les 15 à 19 ans et de 292 pour 1000 chez les 20 à 24 ans. La prévalence contraceptive chez les mêmes tranches d'âge est respectivement 5% et 7% (EDSM- 2006). Ces groupes d'âge sont victimes des infections sexuellement

⁸ Rapport d'évaluation du PDDSS, juin 2011

⁹ RGPH, 2001

transmissibles, des grossesses précoces et non désirées, des avortements clandestins.

Les interventions prioritaires retenues dans ce domaine sont les suivantes :

- la diffusion de la politique et de la législation relatives à la santé de la reproduction auprès des OSC et des communautés ;
- la disponibilité permanente des produits contraceptifs dans les structures de santé et dans la communauté;
- le développement d'interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF ;
- l'extension de l'approche DBC à l'ensemble des villages du pays ;
- l'extension de l'expérience de PROFAM (contractualisation avec les cliniques privées) à l'ensemble des districts sanitaires ;
- la mise en place d'interventions de communication et d'information sur la planification familiale pour améliorer le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception.

6.1.3 Lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants

Les violences envers les femmes et les filles sont un phénomène universel et persistant. L'étude commanditée par le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille sur les VFF en 2002 assortie d'un plan d'action 2006-2011 a déterminé une typologie des violences d'ordre physique, sexuel, psychologique, psycho-physiologique et institutionnel.

L'atteinte du résultat stratégique ci-dessous est nécessaire pour faire face à cette problématique :

RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées.

Le mariage précoce, est aussi une pratique largement répandue au Mali. Selon EDSM IV (2006), les femmes maliennes entrent en union à un âge très précoce. Deux tiers des femmes maliennes (66%) étaient en union avant l'âge de 18 ans. Le Mariage précoce est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain

L'âge moyen à la première union se situe, pour tous les groupes d'âges des femmes autour de 16,6 ans, donc plus de la moitié des femmes/filles sont en union avant 17ans. Cet âge diffère selon que l'on vit en milieu urbain (17,3 ans) ou rural (16,3 ans).Une stratégie nationale de lutte contre le phénomène est en cours de finalisation. Cette stratégie qui se fondera sur un plan d'action cible six axes d'intervention.

Quant à l'exploitation sexuelle des enfants, elle reste difficile à cerner de par son caractère clandestin et les tabous autour de la sexualité. Cependant, il n'en demeure pas moins un phénomène préoccupant. En effet, l'exploitation

sexuelle de l'enfant s'entend comme sa soumission à des actes de prostitution, d'atteinte à la pudeur, de pornographie et de pédophilie soit à titre onéreux ou gratuit, directement ou indirectement.

Les données statistiques en la matière ne portent le plus souvent que sur les victimes identifiées. De 2008 à 2009, les enfants ont été victimes de 338 cas de violences sexuelles. (Source rapport 2009 CNDIFE sur les enfants en conflit avec la loi). La Brigade de la protection des mœurs et de l'enfant du Mali avait déjà enregistré, entre 2004 et 2006, 199 cas d'abus sexuels sur les mineurs dont 69 cas concernant des enfants de 0 à 13 ans et 48 cas des enfants de 13 à 15 ans.

Par ailleurs, la protection des enfants contre l'usage des stupéfiants reste une priorité du département. En effet, la proportion importante d'enfants concernée par l'usage des stupéfiants est aujourd'hui perceptible et nécessite que des actions urgentes soient engagées pour lutter contre le phénomène.

Les interventions prioritaires suivantes seront entreprises pour lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et des enfants :

- La mise à échelle des expériences des conventions intercommunautaires pour l'abandon de la pratique de l'excision;
- le renforcement des capacités nationales pour la prise en charge intégrée des complications liées à l'excision et au mariage précoce;
- l'instauration d'un système cohérent de collecte et d'utilisation de données sur l'excision et le mariage précoce auprès de tous les acteurs et actrices ;
- le renforcement du cadre institutionnel et juridique ;
- la mise en place d'un système de communication et d'information ;
- la réalisation d'études et recherches ;
- la coordination, suivi et évaluation des plans d'action ;
- le développement de stratégies nationales pour la protection des enfants contre l'exploitation sexuelle et l'usage des stupéfiants.

Les interventions prioritaires suivantes seront entreprises pour lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et des enfants :

- La mise à échelle des expériences des conventions intercommunautaires pour l'abandon de la pratique de l'excision;
- le renforcement des capacités nationales pour la prise en charge intégrée des complications de l'excision ;
- l'instauration d'un système cohérent de collecte et d'utilisation de données sur l'excision et le mariage précoce auprès de tous les acteurs et actrices.

6.1.4 Etat nutritionnel des femmes enceintes, des enfants et des nourrissons

Bien que les progrès de ces dernières années aient permis d'infléchir la tendance à la baisse, les niveaux des indicateurs de la malnutrition demeurent encore élevés et indiquent clairement que la malnutrition reste encore un problème prioritaire de santé publique auquel il faut des réponses adéquates comme celles indiquées dans le document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition qui a fait l'objet de validation technique au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Les résultats stratégiques attendus et les interventions prioritaires pour assurer une bonne nutrition en vue d'améliorer la santé des mères et des enfants sont les suivants :

RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace.

L'insuffisance pondérale se situait à 19% en 2010 (MICS). Cet indicateur reste encore plus élevé que le niveau fixé pour l'OMD1 qui est de 14%. **Le déficit énergétique chronique** chez les femmes en âge de procréer était de 13,6% en 2006 (EDSM IV) et 55% des femmes de 15 à 49 ans sont anémiées. Les disparités entre les plus riches et les plus pauvres restent encore importantes, en particulier avec une prévalence d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans à 17% chez les plus riches alors qu'elle est à 30.8% chez les plus pauvres.

Cette situation nutritionnelle résulte, le plus souvent, de croyances socioculturelles et de pratiques alimentaires inappropriées (Faible Taux d'Allaitement Maternel Exclusif 20% selon le MICS, Alimentation de compléments 6 – 9 mois 30% selon l'EDSM IV).

Pour améliorer cette situation, les interventions prioritaires doivent donc cibler ces croyances et pratiques et porter essentiellement sur :

- La promotion des comportements individuels positifs et du changement social ciblant des pratiques appropriées de nutrition maternelle, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- Le renforcement de l'allaitement maternel exclusif ;
- La supplémentation en micronutriments à certaines périodes de la vie, enfance, âge scolaire, femmes enceintes, allaitantes, etc. ;
- L'implication des collectivités territoriales et des communautés à tous les niveaux ;
- La promotion de l'utilisation des aliments enrichis en micronutriments (farine et huile).

RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace.

La malnutrition aiguë ou émaciation affecte 8% des enfants de moins de 5 ans en 2010 (MICS). Quant à la malnutrition chronique, elle a touché 28% des enfants de moins de cinq ans en 2010. Cette situation sera améliorée à travers les interventions prioritaires suivantes :

- La vulgarisation de l'utilisation des nouvelles courbes de croissance pour suivre l'évolution staturo-pondérale des enfants ;
- Les conseils aux mères ou parents-soignants sur l'état de leur enfant et les mesures à prendre pour maintenir ou corriger cet état.
- La prise en charge des cas de malnutrition aiguë, modérée et sévère dans les formations sanitaires et au niveau communautaire selon le protocole révisé de prise en charge de la malnutrition.

RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace.

Les différentes formes de malnutrition sont presque toujours associées à des carences en micronutriments (sels minéraux et vitamines). En effet, l'anémie a affecté 72% des enfants de 6-59 mois et 55% des femmes enceintes en 2010 (MICS); la prévalence ajustée de la cécité nocturne chez les femmes en âge de procréer était de 6% en 2006 (EDSM IV) ; la prévalence des Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI) et du goitre représentaient, respectivement, 87,6% et 8,8% en 2005.

D'autres carences en micronutriments (vitamine A, et zinc) sont fréquentes mais non encore documentées de façon récente à l'échelle nationale. Il en est de même pour l'anémie pour les enfants d'âge scolaire.

Pour remédier à ces carences en micronutriments, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre:

- la prise en charge des carences en micronutriments à travers les activités de routine (PEV, CPN, CPON) ;
- l'intensification de SIAN ;
- la promotion de la consommation de sel iodé au niveau ménage et communautaire ;
- la promotion de la production des aliments thérapeutiques au niveau local.

6.1.5 Santé scolaire

La santé scolaire a «pour finalité d'améliorer la santé des enfants en milieu scolaire, de former des citoyens conscients des problèmes de santé afin qu'ils adoptent des comportements responsables ». ¹⁰

¹⁰ Direction Nationale de la Santé : Politique nationale de Santé scolaire Juin 2010

Les actions, peu ou pas évaluées, sont encore timides et parcellaires et le partenariat entre les structures « potentielles » d'intervention qui sont sous les tutelles de différents départements reste encore à améliorer.

La promotion de la santé scolaire et son intégration dans le système national de santé passe par l'atteinte des résultats stratégiques prioritaires suivants :

RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle est fonctionnel.

Les départements ministériels chargés, respectivement, de l'éducation, des sports, et de la santé initient et mettent en œuvre des programmes et actions, chacun en ce qui le concerne sans une coordination effective. Chaque département développe sa politique et son plan d'action stratégique sectoriel.

Malgré les actions entreprises, la santé scolaire reste marginalisée dans le système national de santé et l'état sanitaire des scolaires ne s'est pas amélioré.

Par cette orientation, il s'agira d'instaurer un cadre harmonieux de collaboration et de concertation entre les différents intervenants de la santé scolaire.

Les interventions prioritaires suivantes devront y contribuer:

- La mise en place d'un mécanisme permanent de concertation et de suivi des programmes et projets de santé en milieu scolaire ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une véritable politique nationale impliquant tous les secteurs concernés et devant servir de cadre de référence pour tous les intervenants ;
- La réalisation d'études multidisciplinaires et multisectorielles sur la santé scolaire ;
- Le développement et la mise en œuvre d'un programme de santé scolaire sous le leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans une logique intersectorielle.

RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.

La multiplicité et la complexité des problèmes chez les scolaires en font un groupe vulnérable particulier. Certaines affections majeures affectent négativement le bien-être des jeunes scolaires et leur capacité à poursuivre leur scolarité. Par ailleurs, les scolaires représentent une proportion importante des victimes des accidents de la circulation. Les infrastructures et services en charge de la santé scolaire (activités préventives, curatives et promotionnelles) sont pratiquement inexistantes et ceux qui sont disponibles sont désuets et ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités des scolaires. Suite à cet état de fait et du fait que chaque établissement scolaire se trouve dans une aire de santé, il conviendra de renforcer les capacités des structures de santé communautaire pour prendre en charge les questions de santé scolaire.

Il convient de changer cette situation par les interventions prioritaires suivantes :

- le renforcement des capacités des structures de santé communautaire qui abrite des établissements scolaires (réhabilitation/équipement complémentaire, ressources humaines au besoin) ;
- la promotion de l'hygiène alimentaire en milieu scolaire;
- La prévention et la réduction de l'exposition aux principaux facteurs de risques aux plans individuel et collectif en milieu scolaire (violences, alcoolisme, tabagisme, usage des drogues etc.) ;
- La vaccination contre le tétanos ;
- La réalisation des visites médicales systématiques dans les écoles ;
- La prise en charge correcte des malades sur le plan global y compris l'organisation de la référence en milieu scolaire ;
- La réalisation d'étude en vue d'adopter un dispositif approprié de prise en charge de la question de santé scolaire.

RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.

Le milieu scolaire doit être attractif, débarrassé de toutes les pathologies pouvant altérer la qualité de l'apprentissage. Ceci implique un environnement assaini et des comportements individuels et collectifs favorables à la promotion de la santé en milieu scolaire. Les interventions prioritaires suivantes contribueront à créer et à promouvoir cet environnement :

- La promotion de l'hygiène autour des points d'eau potable **et/ou** des ouvrages hydro-sanitaires adéquats en milieu scolaire en prenant en compte les besoins particuliers des filles;
- L'intégration de l'éducation pour la santé dans les cursus de formation ;
- Le développement des aires de loisir dans les structures sanitaires et communautaires essentiellement pour enfants.

6.2 Objectifs stratégiques n°2 : lutte contre les maladies transmissibles

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles

6.2.1 Maladies transmissibles

Sur le plan de la morbidité, le profil épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles notamment le paludisme, la tuberculose, le VIH et le SIDA, la rougeole, la poliomyélite, la méningite, la fièvre jaune, le choléra, la fièvre typhoïde, l'onchocercose, la trypanosomiase, la dracunculose, les schistosomiases, la filariose lymphatique, les géo-helminthiases, etc.

Les résultats stratégiques à atteindre pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies sont les suivants:

RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.

Le paludisme constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité au Mali. Selon le SLIS 2010, le taux d'incidence du paludisme grave (cas cliniques) était de 35,41‰ et celui du paludisme simple était de 108,98‰. La prévalence nationale de la parasitémie est de 38% chez les enfants de moins de 5 ans.

Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 36% (EDSIV 2006) à 78,5% (Enquête Health bridge 2008). Les femmes enceintes dormant sous MILD est passé de 29% (EDS IV 2006) à 73,9% (Enquête Health bridge 2008).

Le défi de la lutte est l'atteinte de zéro décès lié au paludisme d'ici à l'an 2015 et au-delà. Pour relever ce défi, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre :

- La couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) (une moustiquaire pour deux personnes) et en médicaments anti paludique ;
- La couverture universelle en prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement) ;
- La poursuite de la prévention du paludisme chez les populations cibles notamment à travers le TPI et le « Seasonal Malaria Chemotherapy » (SMC) c'est-à-dire le traitement préventif saisonnier chez les enfants (TPS) ;
- Le renforcement de la lutte anti vectorielle dans le volet pulvérisation intra domiciliaire (PID) et anti larvaire ;
- le renforcement des capacités techniques des formations sanitaires pour le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- la poursuite de la gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans tout en assurant son intégration dans le système en place ;
- Le renforcement de la recherche opérationnelle (antipaludiques, vaccins, MILD, Pré transfert, adhésion des prestataires aux Politiques Normes et Procédures (PNP), outils moléculaires simples et efficaces de surveillance de l'indice de portage du plasmodium et de la diffusion de la résistance aux médicaments et insecticides et autres directives etc) ;
- Le renforcement de l'information, l'éducation et la communication sur le fardeau économique (perte de productivité des entreprises), social (journées de bonne santé perdues) et scolaire (retard scolaire) ;
- Le renforcement de la surveillance, monitoring et évaluation (SME) surtout dans les sites sentinelles du PNL.

RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali.

L'organisation de la lutte contre le VIH et le Sida au Mali a commencé par la création d'un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et la mise en œuvre de plusieurs plans de 1987 à 1998 (plan à court terme, plan à moyen terme 1 et 2). L'analyse de la situation et de la réponse effectuée en 1999 a permis l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique national (2001-2005).

Le caractère multisectoriel de la lutte contre le VIH et le Sida a justifié les réformes institutionnelles intervenues en 2004 avec la création du Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/HCNLS) et des cellules sectorielles des différents départements ministériels dont la CSLS du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en juillet 2005. Celle-ci a élaboré un plan sectoriel pour la période 2005 à 2009. Mais la mise en œuvre de ce plan s'est prolongée à 2012.

L'ensemble des interventions initiées depuis la découverte du premier cas en 1885 a permis la réduction de la prévalence du VIH.

Le taux de prévalence du VIH et le Sida dans la population de 15-49 ans est estimé à 1,3% en 2006 (EDS-IV) contre 1,7% en 2001 (EDS III). Il est de (1,5%) chez les femmes contre (1,1%) chez les hommes. Il demeure élevé chez les jeunes de 15-24 ans étant de l'ordre de 2,2%.

En 2009, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 2,7 % selon l'étude de la surveillance sentinelle. L'enquête de séroprévalence et comportementale IST/VIH et le Sida chez les groupes les plus exposés a donné des prévalences de 24,2% ; 3,7% ; 3,5% ; 2,7% et 0,9% respectivement pour les professionnels du sexe, les vendeuses ambulantes, les coxeurs, les routiers et les aides familiales.

En 2011, on comptait au Mali :

- 370 structures qui offrent les services de conseil et de dépistage volontaire dont 38 centres autonomes de conseil et de dépistage volontaire (CCDV),
- 338 sites de prévention de la transmission mère enfant
- 89 sites de prise en charge.

Depuis le début du traitement 41925 PVVIH ont eu accès aux ARV (rapport 2011 de la CSLS/MS).

Le défi de la lutte contre le VIH et le Sida est de contrôler ce fléau d'ici la fin de la décennie : avec « zéro nouvelle infection, zéro stigmatisation et zéro décès liés au Sida ».

Les interventions prioritaires pour relever ce défi sont:

- le renforcement des activités de communication pour le changement de comportement, notamment en milieu jeune (tranche d'âge la plus touchée);
- l'intensification des actions dans le domaine du conseil/dépistage volontaire à l'échelle nationale ;
- la promotion du dépistage et du traitement des infections sexuellement transmissibles;
- le renforcement de l'intégration des activités de VIH et Santé de la reproduction ;
- le renforcement, l'extension et l'adaptation de la stratégie PTME aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- le dépistage et la prise en charge précoce des enfants nés de mères séropositives ;
- l'intensification des efforts d'élimination de la transmission du VIH, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les consommateurs de drogues injectables, et chez les professionnels du sexe ;
- le renforcement, l'extension et l'accès aux soins et au traitement ARV ;
- l'amélioration de la qualité de l'offre de services à tous les niveaux;
- l'approvisionnement régulier en médicaments ARV, IO et en réactifs ;
- le renforcement de la prise en charge communautaire ;
- le renforcement du partenariat entre les secteurs public, privé et la société civile pour une meilleure coordination des interventions de lutte contre le VIH et le sida ;
- le renforcement du partenariat avec les associations de PVVIH, les jeunes, les groupements des femmes, les leaders à tous les niveaux, les communicateurs modernes et traditionnels pour une bonne diffusion des messages en faveur de la lutte contre le VIH et le Sida ;
- le renforcement de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH particulièrement chez les femmes ;
- la promotion des études et de recherche ;
- le renforcement de la coordination et du suivi/évaluation ;
- la recherche et le développement de stratégies innovantes de prestations de service et de financement de la lutte contre le VIH et le Sida ;
- l'organisation de l'évaluation périodique de l'évolution de la prévalence de l'épidémie de VIH.

RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.

Le Mali est un pays à forte endémie tuberculeuse car l'incidence de la tuberculose y était estimée en 2008 à 180 [140-210] nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+nc) pour 100 000 habitants. Le taux de dépistage des TPM+nc est faible (21% [18-26%]) malgré l'augmentation de la notification qui a été multipliée par 2,5 entre 2000 et 2008 et un taux de succès au traitement de 78% (WHO Report 2010, Global Tuberculosis Control). Actuellement, le Mali ne dispose que d'un seul Centre de Diagnostic et de Traitement pour 200.000 habitants. Le taux de perdus de vue est passé de 32% en 2002 à 3% en 2007. Le taux de décès reste encore élevé soit 10%.

Les principales faiblesses relevées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose sont le faible taux de dépistage et de diagnostic. Le traitement des cas est gratuit.

Les interventions prioritaires à développer pour corriger les insuffisances et réduire le taux de décès sont les suivantes :

- la mise en œuvre des stratégies de détection des cas (recherche active des malades...) ;
- l'augmentation de la couverture en centres de diagnostic et de traitement, la dotation des CDT en microscopes à fluorescence recommandés par l'OMS*, le passage de la microscopie ZN à la microscopie à fluorescence diminuerait une charge de travail très élevée au niveau de certains laboratoires de CDT :(plus de 5 000 lames par an) ;
- l'augmentation des sites de culture et de tests de sensibilité (actuellement réalisés dans un seul laboratoire à Bamako) pour augmenter le taux de diagnostic des TB-MR qui n'était que de 3,1% en 2008 (13 TB-MR / 4734 TPM+ x 0,09).

RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées.

Les maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, fièvre jaune, choléra...), surviennent, le plus souvent, par foyers d'épidémies plus ou moins circonscrits par épisode chaque année. Le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en DTCP3 (PENTA 3) était estimé à 92% en 2010, celui de VAR à 87%. Quant au BCG, la couverture avoisine les 100%.

Les objectifs visés dans ce domaine sont l'éradication de la rougeole et de la poliomyélite et l'élimination de la méningite. Pour y parvenir, les interventions prioritaires suivantes sont retenues:

- Le renforcement de la vaccination de routine ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique ;
- Le renforcement des capacités techniques de riposte aux épidémies ;

- l'introduction de nouveaux vaccins ;
- Le développement de stratégies idoines comme le rattrapage des enfants non vaccinés et l'approche par district.

6.2.2 Maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées comprennent: (i) l'Onchocercose qui, bien que n'étant plus un problème de santé publique, constitue néanmoins une menace de ré infestation, du fait de sa prévalence dans certains pays de la sous-région ; (ii) le ver de Guinée ; (iii) le trachome qui est la 2ème cause de cécité après la cataracte ; (iv) la bilharziose et les géo helminthiases; et (v) la filariose lymphatique ; (vi) la lèpre avec moins d'un cas pour 10.000 habitants et l'ulcère de buruli.

L'atteinte du résultat stratégique suivant permettra d'assurer la prise en charge de ces maladies :

RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.

Cette orientation stratégique sera mise en œuvre à travers les interventions prioritaires suivantes :

- Le renforcement des services chargés de la surveillance
- Le développement de la recherche sur les maladies tropicales négligées
- Le renforcement des capacités de prise en charge des cas et des complications.

6.3 Objectifs stratégiques n°3 : lutte contre les maladies non transmissibles

Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles

6.3.1 Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles comprennent essentiellement : le Diabète sucré avec une prévalence de 9,3% (étude en 2008) ; la drépanocytose dans sa forme hétérozygote AS dite « trait drépanocytaire » qui touche en moyenne 12 % de la population malienne et dans sa forme homozygote SS 0,8 % des nouveaux nés ; les Cancers qui ont été diagnostiqués en 2010 chez 1490 personnes dont près de 13% sont des cancers du sein et près de 16% des cancers du col de l'utérus, l'hypertension artérielle avec une prévalence de 10 %, les caries dentaires avec une prévalence estimée à 82,4 % chez les enfants de 10 ans, l'épilepsie, les troubles mentaux avec près de 1% de la population malienne soit environ 150 000 personnes qui en sont victimes, les traumatismes et violences (les accidents de la voie publique) avec 2963 accidents dont 171 décès en 2010.

Les défis à relever se résument entre autres :

- Au développement d'un système de surveillance pour la prévention et le contrôle ;
- A l'établissement et le renforcement des actions intersectorielles pour baisser les facteurs et actrices de risques ;
- Au renforcement du système de santé ;
- Au renforcement des capacités des ressources humaines.

Le résultat stratégique attendu pour faire face à ces maladies est le suivant:

RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace

Les maladies non transmissibles prennent une envergure inquiétante à cause, notamment, des comportements à risque des populations. Ces comportements sont, entre autres, la consommation du tabac par 14,8% de la population; la consommation abusive de l'alcool par 3,8% de la population, la non pratique de l'exercice physique par 57,8% de la population, la faible consommation de fruit chez 80,2% de la population ; le surpoids chez 17% de la population ayant un IMC supérieur à 30, la tension artérielle élevée chez 12,7% de la population, la glycémie élevée chez 46,9% d'adultes. En moyenne, environ 31,1% des adultes âgés de 25 à 44 ans et 48,7% des personnes âgées de 45 à 64 ans présentent au moins un facteur de risque élevé.

Il s'agira donc, essentiellement, d'agir sur ces facteurs et actrices de risque en relation avec l'évolution des modes de vie à travers une politique de lutte

contre les maladies non transmissibles qui mettra l'accent sur les interventions prioritaires suivantes :

- Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle ;
- La promotion de la communication pour le changement en vue de la réduction de l'exposition aux principaux facteurs de risque au niveau individuel et communautaire ;
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres intrants, notamment pour les médicaments trop chers ;
- La spécialisation du personnel dans le domaine de la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles prioritaires ;
- L'adaptation des programmes de formation des institutions de formation pour une prise en compte suffisante de la prise en charge des maladies non transmissibles dans la formation de base ;
- La mise en place d'unités d'excellence pour la prise en charge des maladies non transmissibles au sein des EPH et des CSRéf.

6.3.2 Coordination et intégration des programmes de lutte contre les maladies

RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience.

L'une des difficultés majeures rencontrées dans la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est imputable à l'insuffisance de coordination à cause de la persistance de la verticalité des programmes malgré les efforts d'intégration entrepris. En effet, pour matérialiser sa volonté politique à combattre certaines maladies prioritaires le gouvernement a érigé certains programmes de santé en services centraux rattachés au Secrétariat général du Ministre.

La nécessité d'instaurer une bonne coordination entre ces services centraux et les autres programmes de santé relevant de la Direction Nationale de la Santé devient encore plus cruciale. La mise en œuvre des interventions prioritaires suivantes permettra d'assurer cette bonne coordination:

- La restructuration et le renforcement des capacités techniques des structures de coordination des programmes au niveau central ;
- Le développement et la mise en œuvre de mécanismes d'intégration des interventions des différents programmes à partir du niveau central ;
- Le renforcement des capacités de coordination, de suivi-évaluation et de supervision intégrée aux niveaux régional et district ;
- Le renforcement de la collaboration et de la coordination intra et intersectorielle autour des programmes de santé.

6.4 Objectifs stratégique n°4 : Santé et environnement

Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé

La détérioration de la qualité de l'environnement couplée à des comportements et pratiques d'hygiène inappropriés est à l'origine de la plupart des affections courantes telles que les diarrhées, le choléra, les affections broncho-pulmonaires et les intoxications.

Par ailleurs, les infections associées aux soins deviennent de plus en plus une préoccupation majeure.

Dans le souci du développement et de la mise en œuvre de programmes appropriés pour relever le défi, les résultats stratégiques attendus sont formulés.

RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace.

Le Mali à l'instar des autres pays pratique une médecine de plus en plus invasive à des fins diagnostiques et thérapeutiques qui augmente sans doute les chances de survie et d'amélioration de l'état de santé des patients mais elle augmente aussi le risque d'infection.

Les infections associées aux soins (IAS) sont de nos jours un défi universel. Les conditions d'hygiène et de salubrité sont telles dans les structures sanitaires qu'elles n'excluent pas le risque de transmission d'infections liées aux soins.

Les interventions prioritaires en la matière sont les suivantes :

- Le renforcement des capacités techniques (équipements, matériels et produits) des structures de santé à tous les niveaux pour la prévention et le contrôle des IAS ;
- Le renforcement des capacités des hôpitaux pour la gestion, l'évacuation et le traitement des déchets biomédicaux;
- Le développement de la collaboration intersectorielle et du partenariat public-privé pour la promotion de l'hygiène et la sécurité sanitaire ;
- Le développement et autres produits biologiques ;
- Le renforcement du plaidoyer à l'endroit des décideurs et des partenaires au développement pour une meilleure prise en charge de la recherche, du suivi-évaluation sur les risques d'IAS, d'exposition au sang prise en compte des IAS ;
- L'implication des médias, des associations et des différents Ordres dans la prévention des IAS pour la sensibilisation du personnel soignant et des bénéficiaires de soins sur la prévention des IAS.

RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.

Au Mali les conditions d'hygiène précaires, sont caractérisées par un faible accès à l'eau potable et un déficit d'assainissement. Selon le rapport de la dernière revue sectorielle de l'eau et de l'assainissement tenue en 2008, seulement 58 % de la population ont réellement accès à l'eau potable.

Quant à l'élimination des excréta, EDISM IV indique que 21 % des ménages ne disposent pas de latrines. Aussi, l'étude réalisée par Water Aid au Mali en 2006 a révélé que le lavage des mains au savon est très peu pratiqué au Mali.

Ces insuffisances sont, en grande partie, à l'origine de l'incidence élevée de certaines pathologies comme les maladies diarrhéiques y compris le choléra, les géo helminthiases, le trachome et les maladies de la peau, etc.

Pour atteindre le résultat escompté, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre :

- La promotion du lavage des mains au savon ;
- La promotion de l'utilisation des latrines ;
- La promotion des bonnes pratiques d'hygiène des aliments et de l'eau ;
- Le renforcement de la gestion des déchets solides et liquides
- Le renforcement des mesures de prévention des intoxications liées aux pesticides et insecticides.

RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.

Il est bien établi que le changement climatique et le réchauffement de la planète constituent des menaces réelles pour l'environnement et la santé.

Le Programme National d'Adaptation aux effets néfastes des changements climatiques (PANA) a identifié douze (12) secteurs à risque parmi lesquels le secteur de la santé fait partie de ceux qui sont en première position en termes de vulnérabilité.

Les interventions prioritaires retenues dans ce domaine sont :

- La surveillance intégrée de l'impact du changement climatique sur la santé ;
- La promotion de la recherche et de la surveillance sur les effets néfastes du changement climatique sur la santé;
- Le renforcement des capacités en matière d'adaptation aux effets néfastes du changement climatique sur la santé.

RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées

Les accidents et expositions aux facteurs de risque en milieu de travail (températures, vibrations, particules de poussières, bruits, fumées, rayonnements, etc.) sont fréquents mais les informations y relatives ne sont pas répertoriées par le système d'information sanitaire. Il en est de même des maladies professionnelles sur lesquelles il y a eu en pratique peu d'études.

Pour prendre en charge cette problématique, les interventions prioritaires suivantes seront entreprises :

- Le Développement de la médecine du travail et son ancrage dans le système de santé;
- La mise en place d'un cadre de collaboration avec les employeurs pour la gestion des accidents de travail et des maladies professionnelles.

6.5 Objectif stratégique n°5 : Urgences sanitaires liées aux catastrophes

Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique

Les catastrophes naturelles comme les naufrages, les vents violents, les tremblements de terre, les crashes d'avion et même certains accidents de la route, etc. sont des phénomènes courants actuellement. Celles liées aux conflits armés et événements similaires ne sont pas moins fréquentes. Toutes ces catastrophes induisent des conséquences sanitaires et nutritionnelles complexes qui nécessitent une approche particulière d'intervention pour assurer la prise en charge des populations affectées. Ces problèmes surviennent le plus souvent dans les zones géo arides et semi arides.

Pour y faire, le Mali dispose d'un plan national de prévention et de réponse aux catastrophes qui est piloté par les services chargés de la protection civile. Pour une contribution plus efficace du secteur de la santé à la mise en œuvre de ce plan, le secteur doit avoir son propre plan sectoriel et les moyens adéquats pour son opérationnalisation en collaboration avec tous les autres secteurs et acteurs et actrices concernés sous la coordination du secteur de la protection civile.

Le résultat stratégique dans ce domaine est :

RS-5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées.

En plus du SAMU et du système de référence/évacuation, un dispositif pérenne de prévention et réponse aux conséquences sanitaires des catastrophes doit être mis en place. Il doit fonctionner en permanence et être prêt à se déclencher dès la survenue d'une catastrophe de quelque nature que ce soit. En effet, l'essentiel des besoins des victimes des catastrophes sont, d'abord, d'ordre sanitaire et nutritionnel pour sauver des vies.

Pour satisfaire à cette préoccupation, les interventions prioritaires suivantes seront développées :

- La mise en place et l'opérationnalisation d'un cluster « santé et nutrition » comprenant tous les acteurs et actrices concernés au sein du dispositif national de prévention et de réponse aux catastrophes ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de prévention et de réponse aux urgences sanitaires y compris le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en santé de la reproduction liées aux catastrophes soutenu par la définition et l'institutionnalisation d'un mécanisme pérenne de son financement;
- Le renforcement et la déconcentration du SAMU et du DMU en SR ;

- La mise en place d'un mécanisme d'appui aux ONG pour des interventions directes, notamment, quand l'Etat ne peut pas intervenir directement ;
- La préparation et le renforcement des compétences des structures déconcentrées de la santé, du développement social et de la promotion de la femme à faire face aux conséquences sanitaires des catastrophes ;
- La mise en place de dispositifs d'aide médico-psychologique aux victimes des catastrophes ;
- La mise en place d'un système d'information sur les données démographiques et de morbidité.

6.6 Objectif stratégique n°6 : Offre des soins, utilisation et qualité des services de santé

Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

Cet Objectif stratégique couvre, essentiellement, l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des services de santé.

6.6.1 Extension de la couverture sanitaire

Le niveau de l'offre et de l'utilisation des services de santé constitue la mesure la plus appropriée du bon fonctionnement du système de santé. L'analyse de la situation montre que malgré une accessibilité géographique substantiellement améliorée, l'utilisation des services reste encore très faible. En effet, on note une faible performance des CSCOM dont le taux d'utilisation n'est que de 0,4 contact/pers/an contre une prévision de 1,5 contact/pers/an à partir de l'étude de faisabilité. En vue d'adresser cette problématique, les résultats stratégiques et les interventions prioritaires suivantes seront développés et mis en œuvre.

RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones déshéritées, peu peuplées, nomades ou enclavées.

Le taux d'accessibilité géographique¹¹ dans un rayon de 5 km est passé de 29% soit 345 CSCOM en 1998 à 58% soit 1050 CSCOM en 2010. Ainsi le nombre de CSCOM a augmenté de 188% pendant que la couverture géographique n'a évolué que de 28%. Ceci veut dire tout simplement que l'essentiel des nouveaux CSCOM réalisés l'ont été dans les aires de santé déjà couvertes, ce qui pose un problème de rationalisation des investissements dans l'espace. Les autres facteurs et actrices qui ont entravé la progression de la couverture géographique sont la forte dispersion et mobilité de la population et l'enclavement de certaines localités. Les tentatives de solutions entreprises ont trait à des approches spécifiques telles que la stratégie avancée, les équipes mobiles, les agents de santé communautaires ou relais

¹¹ Rapports du SLIS et rapports d'exécution des PO

communautaires, mais leur portée reste encore limitée faute d'une approche systématique et pérenne.

Cette réalité justifie la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre des interventions adéquates garantissant la mise en place de mécanismes adaptés, efficaces et pérennes:

- la révision et la mise en œuvre effective des normes pour la création, le fonctionnement et la viabilité des CSCom conformément au contexte de chaque communauté;
- l'implication de toutes les actrices et de tous les acteurs et actrices dans le processus de création et de fonctionnement des CSCom;
- la conduite systématique d'une étude de faisabilité pour la création de chaque CSCom;
- la disponibilité et l'accessibilité aux femmes des services de santé de proximité et de qualité (respect des normes, accueil, confidentialité, etc.); et qui répondent à l'ensemble de leurs besoins (procréation, ménopause, éducation sexuelle, MST/VIH et SIDA), avortements, mutilations génitales).
- La mise à échelle de la stratégie des soins de santé essentiels dans la communauté (SEC) à travers la formalisation de l'intégration des agents ou relais de santé communautaire dans le système de santé en fonction des réalités sociales, culturelles et économiques de chaque localité ;
- La mise en œuvre de stratégies d'extension de la couverture sanitaire, prenant en compte la situation particulière des femmes, la spécificité des zones peu peuplées et/ou difficiles d'accès et le milieu nomade;

RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée

L'abandon progressif de l'approche communautaire en tant que stratégie qui a prévalu et favorisé l'ancrage et les succès de la politique sectorielle de santé est l'une des principales causes des dysfonctionnements et lacunes constatés dans la promotion communautaire et la gestion des CSCom. Même lorsque cette approche est mise en œuvre, elle l'a été très souvent par des intervenants non qualifiés pour le travail de mobilisation en santé. Ainsi, faute d'accompagnement adéquat, la participation, l'engagement et la responsabilisation des acteurs et actrices pour la promotion de leur santé s'effritent.

Dans le souci de corriger cette situation et de faire de l'approche communautaire la stratégie maîtresse pour l'effectivité de la participation et la responsabilisation des acteurs et actrices, les interventions suivantes seront mises en œuvre :

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

- Le renforcement des capacités des travailleurs sociaux en technique de mobilisation sociale, et en gestion communautaire ;
- La promotion des femmes et des jeunes dans les organes de gestion de la santé communautaire et leur participation à la mise en œuvre des actions;
- la promotion de la mobilisation sociale et de l'éducation pour le changement de comportement avec un accent sur le renforcement des capacités des travailleurs sociaux en technique de mobilisation sociale, et en gestion communautaire .

RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée.

L'insuffisance de recherche action en matière de santé communautaire explique en partie les difficultés dans la maîtrise des phénomènes et des déterminants sociaux de certains comportements et attitudes qui entravent la participation et la responsabilisation des acteurs et actrices.

Les interventions suivantes devraient corriger ces insuffisances et faire mieux comprendre certaines expériences :

- La promotion des études et recherches sur le système de gouvernance des CT, l'administration et les citoyens en rapport avec la santé communautaire;
- La conduite de recherche action sur les pratiques et expériences réussies en matière de santé communautaire ;
- La promotion des mécanismes traditionnels de solidarité et leur ancrage dans les mécanismes modernes de financement de la santé ;
- La réalisation d'études sur l'offre, la demande des soins, l'utilisation des services et la satisfaction des patients.

6.6.2 Amélioration de la qualité des services de santé

La qualité des prestations reste un défi à tous les niveaux. Seules certaines prises en charge bien encadrées par des programmes nationaux ont pu justifier une certaine qualité technique avec des couvertures adéquates et des continuités en progression (vaccination, VIH et SIDA). Une approche globale pour la qualité des soins et qui prenne en compte la perception des bénéficiaires fait encore défaut. La matérialisation de cette approche se réalisera à travers l'atteinte des résultats stratégiques suivants :

RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.

Il n'existe pas de données récentes sur l'organisation de l'accès aux services de santé bien qu'elle soit reconnue comme un déterminant fondamental de la qualité des soins. Le rapport d'évaluation du PDDSS a révélé qu'il y a peu ou pas de normes nationales de qualité établies, en dehors de celles des programmes nationaux. Des éléments mettant l'accent sur la qualité existent au niveau des formations sanitaires mais il manque une approche globale agréée d'amélioration de la qualité et qui prenne en compte l'avis des

bénéficiaires. Une étude réalisée en Septembre 2003 par l'Association des consommateurs du Mali (ASCOMA), a révélé le constat suivant: (i) un mauvais accueil des malades par le personnel socio-sanitaire ; (ii) un niveau d'accès inapproprié à cause de la non prise en charge réelle de l'indigence, les pannes fréquentes des appareils d'appui au diagnostic et du plateau technique hospitalier, la fiabilité douteuse des analyses médicales, la négligence et les erreurs professionnelles graves avec des séquelles et des pertes en vies humaines ; (iii) un personnel socio-sanitaire non acquis à la cause en raison du peu d'intérêt des spécialistes pour les structures publiques, de l'absence de surveillance, de suivi et de contrôle du personnel d'exécution ainsi que le trafic des médicaments et autres produits pharmaceutiques ; (iv) la mauvaise gestion des consultations externes avec les reports des rendez-vous fixés à des dates éloignées et les longues files d'attente avec perte de temps et épuisement des patientes et patients ; (v) les mauvaises conditions d'hospitalisation à cause de la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement et de l'insuffisance de surveillance des malades alités.

Les interventions prioritaires suivantes sont envisagées pour faire face à ces problèmes :

- La définition et la mise en œuvre d'une approche globale d'amélioration de la qualité qui prend en compte l'avis des bénéficiaires ;
- La définition de normes nationales de qualité des soins par niveau de prestation de soins qui prennent en compte l'accueil, le circuit du malade, la gestion des consultations, les conditions de prise en charge du malade y compris les hospitalisations, le confort du malade, l'attitude des professionnels, la sécurité des patients et de leurs biens, la promotion de l'hygiène et la gestion des déchets etc.;
- La mise à échelle du système d'accréditation des formations sanitaires « Ciwara d'or » sur la base d'études approfondies et systématiques sur la qualité des soins en prenant en compte la perception des bénéficiaires ;
- Le développement d'un système de contrat de performance basé sur la qualité des soins.

RS-6.5. La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées.

Dans le souci d'améliorer la qualité du PMA, au premier niveau, une proportion importante des CSCOM sont dirigés par des médecins dans le cadre de la « médicalisation des CSCOM ». C'est le cas pour 100% des CSCOM à Bamako, de 19% à 28% pour ceux des régions du Sud et de l'Ouest (Kayes, Koulikoro, Ségou et Sikasso). Cependant, pour que la présence du médecin fasse une différence, il faut la faire accompagner par une amélioration du plateau technique. Les autres facteurs et actrices qui devraient être pris en compte dans le processus de médicalisation sont : (i) les coûts additionnels liés à la présence du médecin et (ii) la tendance des médecins à ne s'occuper que des soins curatifs.

Les interventions prioritaires pour la mise à échelle de la médicalisation des CSCOM sont:

- L'organisation d'un certain nombre de CSCOM autour d'un CSCOM dirigé par un médecin en vue d'améliorer la performance technique de ces CSCOM.
- La formation des médecins, femmes et hommes, en vue de les préparer à la gestion technique des CSCOM et des aires de santé ;
- L'affectation progressive de médecins, femmes et hommes, dans les zones déshéritées pour remplir la mission de service public et le respect de l'équité et de l'égal accès aux soins de santé.

RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.

La réforme hospitalière de 2002 conférait l'autonomie de gestion aux Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de 2ème et de 3ème référence. Les hôpitaux avaient élaboré des projets d'établissement pour la mise en œuvre desquels l'Etat a octroyé un appui substantiel dans le cadre de la promotion du concept de contrat de performance. Cependant, il y a eu une diversité dans la qualité et le degré de mise en œuvre de ces projets d'établissement. Une Agence Nationale d'Evaluation des hôpitaux (ANEH) a été créée en 2002 pour jouer le rôle d'institution indépendante de conseil du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, d'accompagnement, et d'évaluation des hôpitaux.

Un des facteurs importants qui entrave le bon fonctionnement du système de référence est la faible complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence. En Effet, au niveau de ces hôpitaux, les taux de malades référés sont très bas, voire pratiquement nuls à l'hôpital Gabriel Touré. Le Point G ne fait pas exception avec 22% de référés (maladies chroniques graves). Dans les hôpitaux régionaux le taux de référence varie entre 2,2% (Gao) et 11,6% (Tombouctou). Cette situation montre que les hôpitaux ne jouent pas convenablement leur rôle, ce qui affecte l'efficacité et la rentabilité de l'ensemble du système de santé.

Les interventions suivantes contribueront à redresser la situation :

- Le renforcement du plateau technique aux différents niveaux en fonction des missions et rôles respectifs de ces derniers et du contexte géo démographique des différentes localités;
- L'évolution d'hôpitaux de 2ème référence vers la 3ème référence dans certaines régions ;
- La création de services d'offres de soins de 4ème référence au niveau de certains EPH, pour réduire les évacuations sanitaires ;
- Le développement d'un Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) ;

- La redéfinition et la mise en œuvre d'un cadre conceptuel de référence/évacuation prenant en compte les 2^{ème}, 3^{ème} références et les zones d'accessibilité difficile (zones inondées, zones de faible densité de population, zones accidentées, etc.) ;
- Le développement d'initiatives et de mesures concrètes pour maximiser l'impact de la gratuité de la césarienne (transport village-CSCoM, communication CSCoM-CSRéf, prise en charge du transport CSCoM-CSRéf, mise en réseau des banques du sang);
- le renforcement de l'appui des hôpitaux régionaux aux CSRéf pour le développement des compétences chirurgicales;
- La mise en place de mesures incitatives pour amener les formations sanitaires aux différents niveaux à jouer efficacement leurs rôles dans la mise en œuvre du cadre conceptuel de référence évacuation (tarification préférentielle, contrat de performance, etc.) ;
- La mise à échelle des expériences de télé-médecine entre les CSRéf et les hôpitaux régionaux et nationaux.

RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.

Dans le rapport d'évaluation du PDDSS 1998-2007, il a été mentionné que l'absence d'unité technique chargée de la coordination des hôpitaux a affecté l'accompagnement de la réforme hospitalière, et la mise à jour et/ou production de nouvelles normes techniques de référence pour la gestion hospitalière. Il a été révélé également qu'au niveau des hôpitaux, le système de gestion et le système d'information connaissent des insuffisances.

Les interventions prioritaires retenues pour améliorer la coordination du fonctionnement des hôpitaux sont les suivantes :

- La mise en place d'une tutelle technique des hôpitaux pour assurer l'ancrage entre la tutelle et les hôpitaux aussi bien au niveau central que régional sans mettre en cause l'autonomie de gestion et le statut d'EPH des hôpitaux ;
- La mise à jour de la carte hospitalière pour le moyen et long terme avec ses implications en terme de financement, de ressources humaines et d'équilibre d'ensemble du système de santé ;
- La standardisation et la modernisation du système de gestion des hôpitaux (renforcement de l'organisation et de la gestion des services hospitaliers);
- Le renforcement du système d'information au niveau des hôpitaux;
- La mise en place d'un système de motivation financière lié à l'atteinte des résultats sur la base de l'appréciation des plans d'actions individuels (PAI).

RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.

Les premières activités sur les applications de la cyber santé au Mali datent de 1996. Elle a été Institutionnalisée en 2008 avec la création de l'Agence Nationale de Télésanté et de l'Informatique Médicale (ANTIM) qui est chargée d'assurer sa promotion. Depuis sa mise en place des applications intéressantes ont été faites dans les domaines divers : consultations, neurochirurgie, radiologie, formation en milieu rural. Ces applications ont montré la nécessité de la mise à échelle de la télésanté.

Les interventions prioritaires pour cette mise à échelle sont les suivantes :

- Le renforcement du cadre institutionnel et des capacités de l'ANTIM pour la coordination et l'accompagnement du processus de mise à échelle de la télésanté;
- Le renforcement des capacités techniques des formations sanitaires à tous les niveaux en TIC appropriées pour la télésanté;
- Le développement et la mise en œuvre de stratégies d'application de la télésanté aux différentes composantes du système de santé et à la lutte contre la maladie.

6.6.3 Développement des Infrastructures, équipements et de la Maintenance

Les problèmes majeurs au niveau des équipements et des infrastructures sont : (i) l'insuffisance dans la spécification technique des équipements au moment des commandes conduisant à la multiplicité des marques, avec un service après-vente non garanti ; (ii) la non standardisation des équipements et matériels médicaux et chirurgicaux, dont la sophistication extrême de certains d'entre eux et l'évolution très rapide des technologies sanitaires sont des déterminants fondamentaux de la maîtrise de leur maintenance ; (iii) l'insuffisance de ressources humaines spécialisées dans la maintenance des équipements et (iv) la non disponibilité des pièces de rechange entravant le fonctionnement de certains services au niveau des hôpitaux. L'atteinte des résultats stratégiques et des interventions prioritaires suivants permettront de faire face à ces problèmes :

RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises.

Les infrastructures et équipements restent confrontés aux nombreux problèmes cités dessus.

La réalisation de ce résultat nécessite la mise en œuvre des interventions suivantes:

- l'installation de nouvelles infrastructures de façon évolutive et de leur extension adéquate au niveau des hôpitaux de 2ème et 3ème référence ;

- L'élaboration d'un plan d'approvisionnement en équipements et infrastructures intégrant les nouveaux besoins et les renouvellements de l'existant, en tenant compte des normes en vigueur ;
- l'élaboration d'une politique nationale en matière d'infrastructures et d'équipements ;
- la révision des normes des infrastructures et équipements sanitaires.

RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.

Pour faire face au défi de la maintenance des infrastructures et équipements, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a procédé à l'élaboration : (i) d'un projet de politique nationale de maintenance des équipements sanitaires ; (ii) d'un projet de plan d'action pour la mise en œuvre de cette politique ; et (iii) des projets de loi et de décret de création d'une Agence pour la maintenance et la gestion des équipements sanitaires.

Les interventions prioritaires à mettre en œuvre pour la poursuite de cette réforme sont les suivantes :

- l'adoption des politiques, plans, lois et décrets déjà élaborés ;
- la mise en place d'une stratégie de maintenance efficace des équipements en considérant le recours possible au privé local et régional ainsi que la décentralisation ;
- l'allocation de ressources conséquentes et la mise en place d'un système de financement pérenne en fonction de l'option de stratégie de maintenance retenue.

RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées.

Le dispositif actuel de maintenance et de gestion des infrastructures et équipements est constitué de la Direction des Finances et du Matériel (DFM) chargée de l'organisation des appels d'offres, la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), chargée de la supervision, le contrôle et le suivi des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires, la Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR) responsable des équipements des formations sanitaires relevant de la DNS et le Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériels (SEPAUMAT), implanté au niveau central à Bamako et dans les régions de Kayes, Sikasso, Mopti et Gao et responsable de l'entretien des véhicules. Aucune de ces structures ne dispose des capacités techniques et organisationnelles requises. La conséquence évidente et fâcheuse est qu'au niveau des formations sanitaires, à tous les niveaux, les locaux et les équipements souffrent de manque de maintenance. Ceci est aggravé par une absence totale d'une culture de la maintenance chez les utilisateurs et usagers de ces locaux et équipements.

Les interventions prioritaires pour le renforcement des capacités techniques de maintenance des infrastructures et équipements sont les suivantes :

- La mise en place d'un système d'information fiable et bien structuré sur les infrastructures et les équipements;
- La promotion de la culture de la maintenance auprès de tous les acteurs et actrices;
- L'amélioration de la qualité des acquisitions et des cycles de vie des équipements à travers des procédures d'acquisitions sur la base de spécifications techniques fiables et prenant en compte le service après vente;
- La mise en place du système de monitoring et d'audit de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux.

6.6.4 Médecine traditionnelle

Des succès notables ont été enregistrés par la recherche sur la pharmacopée traditionnelle au Mali. Depuis 1979, le DMT produit et commercialise sept MTA qui ont été ajoutés à la liste des médicaments essentiels en 1990.

Les ressources médicinales de la flore malienne ont été répertoriées par le biais d'inventaires ethnobotaniques et des essais de culture ont été réalisés pour certaines espèces.

Dans le domaine de la santé publique plusieurs expériences positives ont été réalisées dans le cadre de la référence et la contre référence, notamment, concernant le paludisme, l'épilepsie, la tuberculose, la traumatologie, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Au cours de ces dernières années, une dynamique associative très importante s'est développée entre les tradipraticiens de santé des différentes régions du Mali pour aboutir à la création en 2002 de la Fédération Malienne des Associations des Tradipraticiens de santé et des Herboristes.

La promotion du développement de la médecine traditionnelle passe par l'atteinte des résultats et interventions prioritaires suivants :

RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate.

Les problèmes rencontrés pour la promotion de la médecine traditionnelle ont trait, essentiellement, (i) à la faiblesse du cadre institutionnel (coordination, code de déontologie et d'éthique, prise en compte de la MT dans les politiques et programmes de santé, etc.); (ii) aux faibles capacités techniques (ressources humaines, équipement et financement); (iii) à la faible participation du secteur privé à la production et commercialisation des MTA ; (iv) au faible niveau d'utilisation des MTA par les structures sanitaires publiques, privées et communautaires ; (v) aux faiblesses organisationnelles, institutionnelles et logistiques de la FEMATH ; (vi) à la non prise en compte des tradipraticiens dans les programmes de formation et (v) à l'absence de correspondance entre les nosologies modernes et traditionnelles.

Les interventions prioritaires qui permettent de résoudre ces problèmes sont les suivantes :

- La redéfinition du cadre institutionnel et organisationnel du Département de Médecine Traditionnelle et de ses démembrements ;
- La révision des curricula pour prendre en compte l'enseignement de la médecine traditionnelle dans les écoles de formation sanitaire ;
- Le plaidoyer pour le renforcement de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle et l'allocation de ressources suffisantes ;
- La décentralisation des activités de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle ;
- La promotion de la production et de la distribution des MTA par le secteur privé;
- La promotion de la culture des plantes médicinales par des Associations des Thérapeutes Traditionnels et les Institutions de recherche et de développement ;
- Le soutien à la dynamique associative des thérapeutes traditionnels
- La mise en place de règles d'éthique et de déontologie applicables dans l'exercice de la profession de Thérapeutes traditionnels ;
- Le renforcement des capacités techniques des thérapeutes traditionnels.
- Le développement de la recherche pour définir les correspondances entre les nosologies modernes et traditionnelles en vue de la prise en compte des données de médecine traditionnelle dans le SNIS ;
- La prise en compte de la médecine traditionnelle dans les programmes de lutte contre les maladies.

6.7 Objectif stratégique n°7 : Médicaments essentiels, réactifs de laboratoire, vaccins et produits sanguins

Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 1999 et révisée en 2012 a pour objectif de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel. La coordination de la mise en œuvre de cette politique est assurée par la Direction de la Pharmacie et du Médicaments (DPM) et l'instrument privilégié de sa mise en œuvre est la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) en matière d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels à travers un contrat plan triennal conclu entre elle et l'Etat. Les problèmes majeurs rencontrés dans la mise en œuvre de la PPN sont en relation avec la gouvernance du système, la mise en œuvre de Schéma Directeur d'approvisionnement en ME, les mécanismes de financement du contrat plan, l'assurance qualité et la maîtrise du secteur privé.

Les résultats stratégiques et interventions prioritaires suivants sont proposés pour faire face à ces problèmes :

RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.

En ce qui concerne la coordination et la régulation du secteur pharmaceutique, on note (i) l'absence de cadre formel de coordination entre, d'une part, les services responsables de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique (DPM, IS, LNS et PPM, institutions de recherche) et, d'autre part, entre ces derniers et les services de répression; (ii) l'insuffisance de ressources humaines de qualité à tous les niveaux. En effet, les professionnels du secteur préfèrent émigrer dans le secteur privé à cause de l'insuffisance de motivation. Un rapport du Conseil National de l'Ordre des pharmaciens de décembre 2009 indique que plus de 90% des pharmaciens exercent dans le secteur privé.

Pour corriger ces insuffisances, les interventions prioritaires suivantes sont développées:

- Le renforcement du cadre institutionnel et des capacités de la DPM pour la coordination et la mise en œuvre de la PPN ;
- l'instauration de mécanismes de coordination entre les différents acteurs et actrices impliqués dans la mise en œuvre du SDADME;
- le renforcement du rôle et l'amélioration du statut du de la pharmacienne et du pharmacien dans la gestion du médicament dans le secteur public.

RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.

La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels restent problématiques. Selon le rapport d'évaluation du PDDSS 1998-2007, en 2008, 19,5% des médicaments du panier commun ne sont pas disponibles, la liste des médicaments essentiels n'est pas respectée au niveau des CSCOM, la prescription n'est pas rationnelle avec la présence d'antibiotiques dans 51% des ordonnances et des injections dans 27% des cas, les coûts des ordonnances restent élevés et la gestion des stocks n'est pas bien faite. Cette situation est imputable, entre autres, aux dysfonctionnements constatés au niveau des structures chargées de l'approvisionnement et de la distribution et au non respect des principes directeurs de prescription.

Les capacités logistiques de stockage et de gestion des CSref et des CSCOM n'ont pas été renforcées pour s'adapter à l'augmentation considérable du volume des produits fournis par les programmes (antipaludéens, moustiquaires, suppléments nutritionnels) dans le cadre de la gratuité.

La mise en œuvre du Schéma Directeur d'approvisionnement et de distribution des ME devra être améliorée à travers les interventions prioritaires ci-après :

- L'adaptation des capacités logistiques de stockage et de gestion des CSCOM et des CSref au volume des produits;
- Le renforcement des capacités des structures en charge de l'approvisionnement et de la distribution;
- Le renforcement du système d'information et de communication pour une gestion efficace et efficiente;
- La mise en place et l'opérationnalisation de normes et standards pour de bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments à tous les niveaux;
- Le renforcement des campagnes d'information sur l'usage rationnel des médicaments et de la lutte contre la publicité abusive à tous les niveaux;
- Le renforcement de la lutte contre le marché illicite et les contrefaçons de médicaments.

RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés.

Les produits que la PPM achète pour le compte des programmes de santé constituent 40% de son chiffre d'affaires. Il se trouve que des retards importants sont accusés dans le paiement des factures par le trésor public réduisant ainsi les possibilités financières de la PPM pour s'acquitter convenablement de ces obligations vis-à-vis des fournisseurs. Aussi, la PPM est-elle contrainte à une diversité de procédures de passation de marchés des partenaires qui financent les produits à travers les programmes de santé.

Les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre pour résoudre les problèmes soulevés :

- La mise en place d'un mécanisme de financement pérenne pour le fonctionnement des structures chargées de la mise en œuvre du SDADME.
- La création et l'opérationnalisation d'un fonds pharmaceutique qui sera alimenté par les partenaires/programmes et l'Etat pour la gestion des Appels d'Offres ;
- L'harmonisation des procédures des partenaires pour la passation des marchés d'acquisition des produits pharmaceutiques ;
- L'introduction de mécanismes d'accès privilégiés aux financements bancaires des opérateurs du secteur privé ;
- L'introduction de mécanismes d'exonérations fiscales ciblées pour l'installation des privés à l'intérieur du pays, notamment dans les zones déshéritées;
- La mise en œuvre des mécanismes de gestion des conventions sectorielles de la CANAM avec les établissements pharmaceutiques.

RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé.

Le système d'assurance qualité établi en collaboration entre la PPM, la DPM et LNS est sans doute un des points forts du processus d'approvisionnement. L'enregistrement et l'importation des médicaments requièrent des certificats de qualité normalisés comme la vérification des bonnes pratiques de production (BPP) , et sont appuyés par un système de contrôle de qualité avec l'inspection visuelle et l'analyse systématique des échantillons des médicaments avant et après livraison.

Le LNS conduit aussi des analyses d'inspection aux médicaments utilisés dans les secteurs public et privé. Parmi les points faibles, on note la qualité de l'entreposage des médicaments par rapport à la température, aussi bien dans les magasins centraux de la PPM que dans les magasins régionaux.

Les interventions prioritaires retenues pour résoudre ces problèmes sont :

- L'amélioration des conditions d'entreposage des produits pharmaceutiques à tous les niveaux ;
- L'adoption de normes et procédures en matière de contrôle pré et post marketing;
- Le renforcement de la pharmacovigilance ;
- La dynamisation des comités thérapeutiques des structures hospitalières.

RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.

Le secteur pharmaceutique privé qui est en expansion, depuis 1991, commercialise essentiellement les médicaments de spécialités pour environ 70% des volumes de vente. En 2010, le réseau privé comptait plus de 400 officines, (environ 212 à Bamako), et 35 établissements de vente en gros dont la totalité est installée à Bamako. Le nombre des dépôts de vente au détail tenus par des non-pharmaciens dans les zones non couvertes par des officines est estimé à 993.

Selon BCG/Etude sur le secteur privé de la santé, dans le cadre de la collaboration, on estime que 50% des demandes des structures publiques sont couvertes par les grossistes privés. Souvent, les principes de bonnes pratiques (stockage, distribution) ne sont pas observés par les acteurs et actrices publics et privés. Aussi, n'existe-t-il pas de cadre de collaboration et/ou de concertation entre les grossistes privés et la PPM pour une meilleure planification de l'acquisition des produits pharmaceutiques.

En vue de dynamiser la collaboration avec les privés, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre :

- L'instauration d'un cadre de concertation et de collaboration Public/privé, notamment entre la PPM et les grossistes privés sous la coordination de la DPM ;
 - L'initiation et l'application de mesures incitatives aux plans fiscal et financier pour faciliter la collaboration avec le secteur privé, notamment dans le cadre de la formation continue des professionnels du médicament.
 - L'amélioration du cadre de collaboration avec les Ordres professionnels, notamment dans l'application des normes et standards qui régissent le secteur pharmaceutique.
 - Le renforcement des capacités des ordres professionnels pour qu'ils jouent effectivement leurs rôles dans la gestion et la régulation du secteur pharmaceutique.

RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.

La production pharmaceutique locale est presque inexistante au Mali. L'UMPP dont le processus de privatisation a été lancé depuis 1998, manque de ressources. Elle ne bénéficie pas d'avantages fiscaux spécifiques sur les produits d'emballage et autres intrants, rendant ainsi ses produits peu compétitifs par rapport aux médicaments d'importation.

Toutes les démarches entreprises pour l'industrialisation de la production des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ont échoué. Par conséquent, les MTA efficaces et appréciés par les populations et inscrits sur la LNME sont régulièrement en rupture de stocks.

La mise en œuvre effective des interventions prioritaires suivantes permettra d'instaurer un environnement plus propice à la production locale des produits pharmaceutiques :

- la privatisation de l'UMPP;
- la Promotion de la coopération sous régionale dans la production et la commercialisation des produits pharmaceutiques;
- l'industrialisation de la fabrication des MTA pour une production à grande échelle ;
- la promotion de la qualité, de la sécurité d'utilisation et de l'efficacité des médicaments traditionnels;
- l'instauration d'une collaboration public/privé pour la conservation des plantes médicinales, la protection des droits de propriété intellectuelle et le partage des connaissances sur la médecine traditionnelle.

RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.

Dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique, l'Etat consacre 1% des fonds PPTE du secteur de la Santé à la vaccination et plus particulièrement à l'achat des vaccins classiques (BCG, VAT, DTC, VPO et VAR). GAVI assure l'achat des nouveaux vaccins ou sous utilisés (VAA, Hep B, Hib et anti pneumococcique).

Cependant au niveau des régions et districts, des situations de sur stockages ou de ruptures de stock sont souvent enregistrés. En 2006, environ 12% des dépôts régionaux, 53 % des districts sanitaires et 66% des CSCOM ont connu des situations de ruptures de stocks de vaccins. En plus, 12 % des districts sanitaires et l'ensemble des CSCOM ne disposent pas de capacité suffisante pour le stockage de leur besoin mensuel en vaccins.

Pour résoudre ces problèmes, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre:

- le renforcement des capacités de stockage et de gestion des vaccins à tous les niveaux, notamment au niveau des CSref et des CSCOM;
- la mise en place progressive de mécanismes d'importation autonomes et nationaux des vaccins (Appels d'offres, contrats d'acheminement des échantillons avec les transporteurs agréés, etc.);
- le renforcement des systèmes d'assurance qualité des vaccins, de la vaccination et des injections;
- la promotion de la communication et de l'information sur les vaccins pour garantir leur bonne utilisation.

RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.

La satisfaction des besoins transfusionnels avec des produits sanguins de qualité est rendue difficile au Mali dans un contexte caractérisé par l'inadéquation des infrastructures, l'absence d'homogénéité des normes de sécurité transfusionnelle, un nombre insuffisant de donneurs de sang bénévoles, l'insuffisance des ressources humaines et financières, le manque de lien entre les formations sanitaires et le CNTS, le manque d'équipement pour la diversification des produits sanguins et le manque de maintenance appropriée pour la chaîne de froid.

¹² Revue du PEV, juin 2006.

Ces problèmes trouveront leurs solutions dans la mise en œuvre des interventions prioritaires suivantes:

- Le renforcement des capacités techniques de production, conservation et de distribution du CNTS et des structures régionales et locales y compris les banques et mini banques de sang au niveau des CSref;
- L'amélioration des normes et procédures en matière de sécurité de la transfusion sanguine;
- Le renforcement de la promotion du don de sang bénévole à travers des campagnes de communication/sensibilisation et un appui aux associations et à la fédération des donneurs volontaires et bénévoles du sang ;
- Le développement d'un système d'assurance qualité de la collecte régulière du sang.

RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.

Le diagnostic médical et la recherche sont soutenus par la disponibilité d'analyses médicales de qualité. En effet, ce dispositif est constitué d'un réseau national de laboratoires de la santé et de 9 laboratoires privés dont 8 à Bamako et 1 à Kayes. Son fonctionnement est entravé par l'insuffisance dans l'organisation des laboratoires d'analyses médicales, des ressources humaines de qualité et de la réglementation.

Les dispositions de la réglementation ne sont pas respectées. C'est ainsi que l'importation et la commercialisation des réactifs sont faites par tout opérateur économique. Ce qui explique, pour une bonne part, la mauvaise qualité des réactifs mis à disposition.

Les autres problèmes relevés dans ce domaine sont : (i) l'absence de grossistes de référence en matière d'approvisionnement et de distribution ; (ii) les difficultés d'installation et de fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales et (iii) l'insuffisance et l'inégalité dans la couverture du pays en laboratoires de qualité.

Les interventions prioritaires ci-après permettront de prendre en charge ces problèmes:

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale et d'un plan stratégique appropriés en matière d'analyse biomédicale et d'approvisionnement en réactifs (la poursuite de la standardisation par niveau pour faciliter la maintenance, l'approvisionnement en réactifs, la mise aux normes des salles destinées aux laboratoires);
- l'instauration de l'AMM pour les opérations d'approvisionnement des réactifs et des dispositifs médicaux;
- le renforcement et l'application de la réglementation pour l'installation des établissements d'importation et de distribution des réactifs;

- L'élaboration et l'application des normes et procédures en matière d'analyses médicales;
- Le développement d'un système fiable et pérenne d'approvisionnement en réactifs et dispositifs médicaux.

6.8 Objectif stratégique n°8 : Ressources humaines

Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable

Le Gouvernement du Mali a adopté en 2009, une politique nationale et un plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la santé. La mise en œuvre du plan stratégique a connu un début assez timide. Toutefois, les capacités de production des ressources humaines pour la santé et pour le développement social ont augmenté de manière considérable pendant ces 20 dernières années. En effet, les institutions de formation publiques et privées ont produit une quantité importante de ressources humaines pour la santé. Par contre, il reste beaucoup à faire au niveau de la gestion et de l'amélioration de la performance de ces ressources humaines.

L'atteinte des résultats suivants permettra d'assurer le développement des ressources humaines pour la santé :

RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.

La gestion des ressources humaines reste encore centralisée au niveau de la DRH et focalisée surtout sur les actes administratifs plutôt que sur les stratégies de développement. Les textes ne sont pas complets et les questions sur le rôle de la DRH persistent, entre autres, leurs rapports avec les écoles de formation et les divers statuts des agents. Il apparaît également que ni la DRH, ni les structures utilisatrices ne disposent des capacités techniques nécessaires pour assurer une gestion rationnelle des ressources humaines.

Les interventions prioritaires suivantes permettront une meilleure gestion des ressources humaines :

- Le renforcement du dispositif institutionnel permettant de mieux clarifier les rôles respectifs de la DRH et des autres structures concernées pour que la fonction de gestion des ressources humaines soit assurée de façon rationnelle et performante;
- Le renforcement des capacités de la DRH et des autres structures chargées de la gestion des ressources humaines, à tous les niveaux, y compris les collectivités territoriales;
- L'opérationnalisation d'un Observatoire des Ressources Humaines pour suivre et donner des avis sur les dysfonctionnements dans la gestion des ressources humaines en portant une attention particulière aux difficultés rencontrées par le personnel féminin.

RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées.

Le constat fait par l'évaluation du précédent PDDSS met un accent particulier sur la faible productivité des ressources humaines qui est déterminée par: (i) les faiblesses de l'organisation de la formation (initiale, continue, perfectionnement, spécialisation) ; (ii) l'utilisation pas toujours efficace du personnel existant sur le terrain ; (iii) l'insuffisance des mesures de motivation du personnel ; (iv) l'absence de niveau institutionnel de rattachement des écoles privées de formation en santé au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Au niveau de la formation, on note l'insuffisance de la qualité de la formation initiale (cursus, manque de maîtrise du secteur privé) ; la marginalisation de la formation continue (chevauchement des missions des institutions d'encadrement, modules de formation, pilotage à vue) et l'insuffisance de personnels spécialisés.

Concernant l'utilisation du personnel, deux dimensions de la problématique de la performance ont été identifiées. Il s'agit des gaps dans les effectifs des équipes dus à la mauvaise répartition du personnel et l'insuffisance du développement de l'esprit de travail en équipe (avec objectifs communs, partage des responsabilités et tâches, etc.).

Les interventions prioritaires pour résoudre ces problèmes sont les suivantes :

- La dotation des établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé en personnel de qualité en quantité suffisante;
- La formation des apprenants et des agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail ;
- Le développement d'orientations stratégiques en synergie avec les ministères chargés de l'éducation et de l'enseignement en vue de disposer des ressources humaines, femmes et hommes, de qualité adaptés au besoin du système de santé ;
- La révision des normes actuelles en termes de nombre et de profil des ressources humaines par structure en vue d'assurer des services de qualité en particulier dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile .

RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

L'évaluation du précédent PDDSS rapporte que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Parmi les raisons, il ya l'insatisfaction des rémunérations qui est de loin le plus fréquent, suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Cette même évaluation indique que d'autres études sur la motivation des agents de santé réalisées en 2002 ont montré que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position, devant les facteurs financiers.

Les interventions prioritaires suivantes permettront d'assurer un meilleur rendement :

- Le développement d'approches et d'instruments de motivation sur la base des expériences locales et internationales adaptés au contexte malien (financement basés sur les résultats, contrats de performances, entre autres);
- La mise en œuvre des plans de carrière du personnel féminin et masculin à tous les niveaux de manière à assurer un développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en prenant en compte les besoins du système de santé ;
- La mise en place de mesures pratiques de gestion des ressources humaines qui répondent aux difficultés particulières rencontrées par le personnel féminin pour faciliter son utilisation au même titre que le personnel masculin.

6.9 Objectif stratégique n°9 : Financement de la santé et solidarité

Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces.

Le système de financement de la santé comprend, aussi bien, les mécanismes classiques de mobilisation, de répartition et d'utilisation des ressources financières, que ceux permettant le développement d'approches alternatives de solidarité et de protection sociale en vue de minimiser les inégalités.

Les résultats stratégiques attendus dans le cadre du développement de système de financement de la santé sont les suivants :

6.9.1 Financement de la santé

RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.

La part¹³ du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est passée de 5,65% en 2003 à 8,16% en 2009. Le budget d'état est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% sur la même période contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées.

En moyenne 71,4% des dépenses bénéficient au niveau central pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a été plus ou moins respectée mais dans la limite des 28,6% des dépenses réalisées à ce niveau. Cependant, il faut noter que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande diversité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones de pauvreté.

Les interventions prioritaires, ci-après, contribueront à améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources financières :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique (stratégie) nationale de financement la couverture universelle prenant en compte la prévisibilité (à moyen et long termes), l'harmonisation, l'alignement et la redevabilité;
- L'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé et leur utilisation comme instrument d'allocation des ressources;
- L'amélioration de l'utilisation des outils de financement comme le CDMT, les Comptes Nationaux de la Santé, les Dépenses de Santé des Ménages (EDSM), la revue institutionnelle des dépenses de santé ;
- Le renforcement du Compact et son utilisation comme instrument privilégié de responsabilisation et de redevabilité de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers;
- L'augmentation de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat à au moins 15 %, comme décidé par les chefs d'Etat à Abuja;
- L'augmentation de manière satisfaisante du niveau de mobilisation des financements locaux (collectivités et communautés) ;
- La mise en place de mécanismes d'allocation des ressources qui garantissent l'équité y compris la budgétisation sensible au genre, et qui vont au-delà des zones de pauvreté pour cibler des localités plus spécifiques au sein de ces zones de pauvreté;
- La promotion de la contractualisation pour plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources financières des secteurs publics et privés ;

13 Sources : DFM : Evaluation des opérations de l'appui budgétaire au Mali, Volume III, Tableau 48

- Le renforcement des capacités techniques et de l'indépendance des structures chargées de l'audit interne en vue d'assurer la traçabilité des dépenses de santé et la productivité des ressources financières du secteur.

RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.

La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé est complexe en raison du nombre de structures impliquées aux niveaux central et déconcentrés et de la multiplicité des organismes de prestation. Cette complexité est exacerbée par la cinquantaine de partenaires techniques et financiers avec diverses modalités d'intervention et de financement. L'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS) et l'Appui Budgétaire Global (ABG) qui répondent mieux aux orientations de l'Approche sectorielle ne concernent qu'un nombre limité de partenaires.

Les difficultés rencontrées dans ce domaine peuvent se résumer comme suit : (1) L'ABS: les retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes, les tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du TPR, la lourdeur des procédures de passation des marchés publics et les retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes de fonds et dans la remontée des justifications des avances de fonds. A ceux-là, il faut ajouter les difficultés des Régions et Districts de disposer de cash pour la mise en œuvre des activités opérationnelles. (2) Les autres partenaires qui utilisent des procédures spécifiques : Les retards dans l'alimentation des comptes partenaires et dans la remontée des justifications des avances de fonds ainsi que les difficultés de collecte et de compilation des données à cause de la dispersion dans la gestion de fonds. (3) Les faibles capacités techniques à tous les niveaux et spécifiquement aux niveaux régional et des districts de santé (y compris Communes et Aires de santé) pour faire face aux problèmes précités.

Ces problèmes seront solutionnés à travers la mise en œuvre des interventions prioritaires suivantes :

- L'amélioration de la gestion financière pour qu'elle devienne plus transparente et plus efficace et acquiert la confiance de plus de PTF en vue de l'adhésion de plus de partenaires à l'ABS;
- L'orientation des allocations de ressources financières sur l'amélioration de la qualité des services sur la base des résultats et de la performance aux différents niveaux ;
- Le développement d'une base d'informations financières intégrée pour soutenir la gestion intelligente dans le secteur de la santé ;
- Le renforcement de la collaboration entre les acteurs et actrices impliqués dans la gestion financière (services techniques, finances et PTF) au niveau régional et local pour le décaissement rapide des financements des activités opérationnelles ;
- L'adoption et la mise en application du principe de panier commun aux niveaux régional et district de santé pour financer et soutenir les activités importantes pour la réalisation des résultats (supervisions intégrées, monitoring, formation, etc.) ;

- Le renforcement des capacités des structures chargées de la gestion et de la mise en œuvre des programmes de santé, notamment, dans les domaines de la mobilisation, du décaissement, de la justification des fonds et de la passation des marchés ;
- Le renforcement des mécanismes de suivi régulier de l'exécution des marchés publics ;
- Une plus grande mise en œuvre et le suivi des recommandations des missions de contrôle et d'audits.

6.9.2 Développement de la solidarité et de la protection sociale

Un palier important a été franchi pour le renforcement de la solidarité et de la protection sociale aux niveaux législatif, réglementaire et institutionnel avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), l'assurance maladie volontaire, le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), et le développement des mutuelles.

En 2010 on dénombrait 151 mutuelles sociales au Mali, dont 143 évoluant dans le secteur de l'assurance maladie exclusivement ou en combinaison avec d'autres types de prestation. Les 8 autres mutuelles offraient des prestations relatives à la retraite et/ou au décès. Ces mutuelles, toutes issues de la communauté, regroupaient 104 986 adhérents pour 375 496 bénéficiaires (3,3% en 2010), 62 000 d'entre eux ont été servis en 2009.

Mais la couverture cumulée attendue de l'ensemble de ces mécanismes ne dépassera pas 25% de la population. Par ailleurs, leur fonctionnement est souvent mal maîtrisé faute de ressources humaines qualifiées...

Les orientations suivantes doivent contribuer à améliorer cette situation :

RS-9.3. L'aide sociale est renforcée

Une large partie de la population reste donc dépourvue de mécanisme de protection sociale et n'a pas accès à des soins de qualité. Le RAMED prévu pour couvrir 5% de la population s'avère limité. Dans ce contexte, l'aide sociale et le secours restent encore une nécessité en raison de la pauvreté ou de la faible capacité contributive des ménages et des individus.

Il convient donc de renforcer ce mécanisme par les interventions prioritaires suivantes :

- Le financement et l'amélioration de la gestion des filets sociaux de sécurité ;
- Le développement du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) ;
- L'insertion socioéconomique des personnes handicapées et des autres groupes vulnérables ;
- Le financement et l'amélioration de la gouvernance du dispositif d'appui à la prise en charge des grandes pathologies et maladies sociales ;
- La relecture du dispositif juridique de l'aide sociale au regard des nouveaux mécanismes existants ;
- La mise en place d'un Fonds national des risques et catastrophes pour les zones rurales.
- L'accompagnement de toutes initiatives de gratuité des soins par une subvention couvrant le manque à gagner pour les structures publiques.

RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.

Le faible taux de couverture attendue de l'AMO, des mutuelles et du RAMED amène à entrevoir des interventions énergiques pour le renforcement et l'extension de ces mécanismes. Il s'agit de :

- L'amélioration des prestations actuelles de sécurité sociale ;
- La consolidation de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- L'extension de la sécurité sociale à la branche chômage ;
- L'extension de la sécurité sociale au monde agricole ;
- L'amélioration de la gestion des institutions de sécurité sociale ;
- Le renforcement de la communication sur les relations et les complémentarités entre les différents mécanismes de protection sociale ;
- La consolidation des acquis et la poursuite de la déconcentration des services de sécurité sociale ;
- La mise en place progressive d'un dispositif de gestion unique de l'assurance maladie (AMO, RAMED, AMV)
- La valorisation et le renforcement des initiatives développées par les organisations communautaires de base pour le financement de la santé.

RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

Outre les mutuelles de santé, d'autres formes d'organisations de l'économie sociale et solidaire existent qui n'ont pas fait toujours l'objet d'attention : sociétés coopératives, autres associations telles que les ASACO, structures de caisses d'épargne et de crédits etc. Et pourtant il s'agit là d'organisations potentiellement créatrices de revenus et d'amélioration de pouvoir d'achat, susceptibles de soutenir la demande en matière de soins. Des difficultés persistent concernant l'arrimage et/ou l'articulation de ces mécanismes de solidarité modernes avec les formes traditionnelles de solidarité. Il y a en outre un déficit important d'information et de communication sur l'ensemble des mécanismes et sur une vision prospective de leur évolution dans la perspective de l'accès universel aux soins de santé.

Le développement de l'économie sociale et solidaire nécessitera un ensemble combiné d'interventions prioritaires complémentaires qui sont:

- Le renforcement des mutuelles conformément aux directives de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé comme stratégie majeure d'accès aux soins;
- Le développement des organisations de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) par la création de richesses et de revenus pour les populations ;
- L'amélioration de la gestion et la gouvernance des organisations de l'ESS ;

- Le renforcement des structures de formation et d'appui technique aux institutions de l'ESS ;
- Le développement des structures de contrôle et des mécanismes de suivi évaluation ;
- L'amélioration du financement des organisations de l'économie sociale et solidaire par des stratégies innovantes
- Le renforcement des capacités des professionnels de la sécurité sociale en gestion, audit, contrôle et suivi des institutions.

6.10 Objectif stratégique n°10 : Système d'information sanitaire et sociale et recherche

Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires et sociale fiables et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire et social.

Cet objectif stratégique prend en compte le système d'information sanitaire et social ainsi que la recherche compte tenu du fait que les deux tendent à rendre disponibles des données factuelles pour orienter la gestion du développement de la santé et de ses déterminants sociaux.

6.10.1 Système d'information sanitaire et social

Les composantes du SNISS selon le schéma directeur du système national d'information socio-sanitaire (SDSIS) sont :

- le système d'information sanitaire ;
- le système d'information sur les ressources humaines ;
- le système d'information sur les ressources financières ;
- le système d'information sociale ;
- le système d'information de la famille ;
- le système d'information de la recherche ;
- le système d'information hospitalière.

Malgré les efforts fournis pour la mise en œuvre du SDSNISS, des dysfonctionnements notables existent encore dans la production et l'utilisation des données statistiques sanitaires et sociales.

Les résultats stratégiques et les interventions prioritaires suivants vont contribuer à corriger ces dysfonctionnements:

RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et sociale est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.

La planification, le suivi-évaluation ainsi que la prise de décision sont soutenus par le système d'information sanitaire et sociale (SISS). Cependant, le Schéma directeur du SISS ne prend pas en compte les données de certains acteurs et actrices (l'Etat civil, ONG/Associations, structures privées et confessionnelles, etc.) et les problèmes de motivation des ressources humaines chargées du SISS à tous les niveaux.

La mise en œuvre des interventions prioritaires suivantes permet de répondre à ces préoccupations à travers l'amélioration du cadre institutionnel :

- La révision du Schéma Directeur du SNISS pour prendre en compte l'ensemble des données sanitaires nécessaires, l'adoption et la mise en œuvre d'un plan et des textes règlementaires ;
- La prise de mesures de motivation des agents chargés ou impliqués dans le système d'information sanitaire, sociale, de la promotion de la femme pour de meilleurs résultats;
- Le développement d'un cadre de collaboration entre le public et le privé pour améliorer la complétude et la promptitude des données du système d'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sociale ;
- La prise de mesures incitatives basées sur la performance pour amener le secteur privé à intégrer davantage le système d'information sanitaire et sociale ;
- Le renforcement de la collaboration avec les services techniques chargés des données démographiques et sociales et de l'état civil ;
- La nécessité de disposer de données sexospécifiées.

Les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre pour pallier aux insuffisances constatées :

- la révision du manuel et des outils en prenant en compte la décentralisation et les données de la société civile ;
- la finalisation et la validation du logiciel de gestion du SISo ;
- la motivation des agents chargés de la gestion du SISo par des mesures concrètes pérennes;
- la réalisation d'une enquête d'envergure nationale pour la constitution d'une base fiable de données sur les cibles du développement social ;
- le renforcement continu des compétences des agents à l'analyse des données sociales à tous les niveaux pour une meilleure prise de décision / planification développer le partenariat dans la gestion su SISo ;
- développer des échanges d'expériences nationaux et internationaux ;
- actualisation permanente des indicateurs sociaux.

RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données.

Certaines difficultés majeures pour le développement du SISS ont trait à l'insuffisance des moyens de travail (informatique et moyens de communication) au niveau périphérique et aux faibles capacités techniques d'analyse et d'utilisation des données statistiques pour la prise de décision à tous les niveaux.

Par ailleurs, l'utilisation des informations sanitaires et sociales fiables et désagrégées par sexe pour la prise de décision n'est pas systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et le financement du système d'information reste encore insuffisant et fortement dépendant de l'extérieur.

Les interventions prioritaires pour améliorer la performance du SISS en vue d'une production et utilisation pour la prise de décision de données statistiques de qualité sont :

- l'utilisation des données statistiques par les décideurs/responsables pour la prise de décision à tous les niveaux;
- le développement de la télé santé et de l'informatique médicale à tous les niveaux pour améliorer la production, la gestion et la diffusion de l'information;
- l'actualisation des supports de collecte d'information et des indicateurs à tous les niveaux (jusqu'au niveau CScom) en prenant en compte la sexo-spécificité;
- le recueil et la transmission des données nécessaires à «Malikunnafo» en utilisant les fiches de métadonnées de l'INSTAT pour informer le système de suivi-évaluation de la PNG-Mali en relation avec le domaine de la santé;
- le développement d'une base de connaissance régionale (base de données, études, profil régional) sur la santé des femmes et sur les contraintes qui peuvent y nuire;
- la prise en compte des données de la médecine traditionnelle dans le système local d'information sanitaire et sociale;
- le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de financement du système d'information sanitaire et sociale.

6.10.2 Développement de la Recherche

RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

Le Mali accorde depuis plus de vingt ans, une importance particulière à la recherche en santé et développement social, avec la création de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) en 1981 pour assurer son développement. Cette importance a été renforcée ces dernières années par la création d'autres institutions chargées de la recherche en santé et du développement social. Il s'agit notamment de : Centre National d'Appui à lutte contre la Maladie (CNAM), Centre de Recherche et d'Etudes sur le Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), Institut d'Etudes et de Recherches en Gérontologie et Gériatrie (IERGG), Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH), Laboratoire National de la Santé (LNS) etc.). En plus de ces institutions, un Comité National d'Ethique et des Sciences de la Vie (CNESS) a été créé.

Malgré ces efforts, la recherche en santé au Mali connaît de nombreux problèmes dont le plus brûlant reste le problème de coordination des activités. Le financement de la recherche est pour une large part assuré par les partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux. Cependant il reste très insuffisant malgré son augmentation ces dernières années. Les ressources matérielles sont insuffisantes et inadaptées.

Le développement de la recherche s'opérera à travers la mise en œuvre des interventions suivantes :

- La création et l'opérationnalisation d'un Comité National de coordination de la recherche pour la santé (CNCRS);
- La création et l'alimentation de façon régulière d'une base de données sur la recherche en santé et développement social;
- La prise en compte de la recherche en santé et développement social dans les plans de développement sanitaire au niveau local ;
- La mise en place d'un cadre réglementaire pour les essais cliniques pour la promotion de la recherche clinique et biomédicale.
- La définition de mécanismes de partenariat avec les institutions publiques et privées pour la recherche en santé (contractualisation, délégation etc.) ;
- Le renforcement des capacités techniques des équipes de chercheurs en recherche opérationnelle/action.
- Le développement de la coopération internationale à travers des réseaux d'échanges, d'information, de voyage d'étude et de jumelage ;
- La création des conditions optimales de travail dans les structures de recherche qui permettront l'évolution des chercheurs selon leurs statuts ;
- L'informatisation du secteur ;
- Le renforcement de l'utilisation des TIC pour la recherche ;

- La réalisation d'études et de recherches sur les phénomènes sociaux et les groupes cibles du développement social ;
- Le renforcement des compétences des agents socio-sanitaires en charge de la recherche

6.11 Objectif stratégique n°11 : Gouvernance et Décentralisation

Assurer une gouvernance du système de sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes et une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle

Au Mali, le développement sanitaire et social se fonde sur l'approche sectorielle commanditée par la politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990. C'est ainsi que les quatre piliers de cette approche sectorielle ont été mis en place progressivement depuis 1998 à travers la conception et l'exécution du PDDSS et les PRODESS. Il s'agit de la mise en place de: (i) un cadre unique de concertation et de planification ; (ii) une coordination conjointe à travers les organes du PRODESS; (iii) des procédures de gestion agréées par l'ensemble des acteurs et actrices ; et (iv) système de suivi-évaluation conjoint.

La conduite du développement sanitaire et social pour assurer un état de santé approprié aux populations de manière efficace et efficiente ne peut se faire convenablement sans une planification efficace et crédible qui garantisse l'implication de tous les acteurs et actrices, et la prise en compte de l'égalité des sexes.

L'atteinte des résultats stratégiques suivants contribuera à asseoir une telle gouvernance:

RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.

Le cadre de collaboration intra sectorielle concerne les trois ministères clés du secteur socio-sanitaire qui sont le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère du Travail, des Affaires Sociales et humanitaires, le Ministère de la Promotion de la Femme de la Famille et de l'Enfant. Cette collaboration est facilitée (surtout au niveau central) par le partage des structures de planification et de gestion des ressources humaines et par l'emploi des méthodes communes de travail. Cette collaboration pour l'intégration des interventions en vue de l'atteinte d'objectifs communs sera renforcée à travers les interventions prioritaires suivantes:

- L'adaptation des cadres organiques des structures en charge de la coordination;

- La relecture des textes des organes de gestion des services de sanitaires et sociaux aux niveaux local et régional pour s'assurer de la responsabilisation et de l'implication appropriées de tous les acteurs et actrices;
- La mise en place d'une équipe socio-sanitaire de district composée de deux entités : une équipe de santé publique et une équipe technique de prestation de soins ;
- Le renforcement de l'utilisation de la télé santé et de l'informatique médicale dans la gestion et le partage de l'information;
- La poursuite de la restructuration de la Direction Nationale de la Santé (DNS) en l'érigant en Direction Générale de la Santé (DGS) dans l'optique de la réforme de l'Etat et de la déconcentration ;
- La séparation des missions techniques de prestation de soins qui sont transférées aux collectivités au niveau District (création des hôpitaux de District), de celles qui relèvent de la déconcentration des services de l'Etat (missions administratives et de santé publique) en distinguant donc l'Hôpital de District et le Service de Santé Publique de Cercle qui est le service déconcentré du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique au niveau cercle tel que prévus par les textes en chantier.

RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et social assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue.

Au niveau de la planification, le plan décennal et les programmes quinquennaux (PDDSS et PRODESS) se fondent sur les orientations du CSLP et du CSCR et les PDSC et les PO consacrent la mise en œuvre du PRODESS. Les contraintes relevées dans ce cadre se résument : (i) à l'incertitude des informations pour l'élaboration des plans opérationnels annuels (PO) notamment en ce qui concerne la mise à jour des cartes sanitaires, les financements disponibles, la prise en compte des hôpitaux dans le processus de planification; (ii) au délaissement de la planification à moyen terme (PDSC) au niveau des districts de santé, l'incohérence de ces derniers quand ils existent avec les PO et le manque de cadrage entre les PO régionaux avec le budget de l'Etat, et (iii) aux insuffisances dans la concrétisation effective des rôles et responsabilités des instances de décisions pour la validation des plans et programmes de santé; (iv) à la lourdeur et centralisation du processus de planification pour un souci de rationalisation et de contrôle du système aux différents niveaux et qui réduit considérablement la disponibilité du personnel pour la mise en œuvre des activités sur le terrain; (v) au poids important des partenaires techniques et financiers dans la planification et la budgétisation conduisant au morcellement du financement entre de nombreuses priorités spécifiques et entravant l'établissement du lien entre les financements et les résultats.

Les interventions qui garantissent la levée de ces contraintes sont les suivantes :

- Le renforcement des capacités de toutes les actrices et les acteurs au niveau du cercle/district pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans de développement sanitaire et social;
- Le développement de plans opérationnels axés sur les résultats, la performance, l'égalité entre les femmes et les hommes et l'équité dans l'accès aux soins;
- La définition et la mise en œuvre des liens de collaboration entre les services de santé, les directions régionales du MFPE, les Collectivités et la société civile (ASACO, ONG/Associations, dont les associations féminines, etc.) ;
- La révision des organes de gestion des services de santé aux différents niveaux pour assurer une meilleure représentativité des femmes et des jeunes ;
- Le renforcement des capacités des femmes et des jeunes pour une meilleure participation à l'animation des services de santé.
- La mise en place de mécanismes d'allocation des ressources garantissant l'équité y compris la budgétisation sensible au genre ;
- Le renforcement des capacités des acteurs et actrices en planification sectorielle décentralisée en vue de l'intégration des plans sectoriels santé (PDSC) dans les plans des collectivités (PDSEC).

RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés.

Malgré, les progrès notables enregistrés dans le processus de décentralisation, la concertation et la coordination pour la création des CSCOM restent encore problématiques. Si l'essentiel des compétences et des ressources sont transférées aux collectivités locales, il n'en demeure pas moins que les pratiques dans la mise en place des CSCOM ne reflètent pas une compréhension et une internalisation du processus par les décideurs politiques au niveau local. « La pratique de tous les jours révèle des tensions et des écarts entre des initiatives soutenues par les maires et les principes qui régissent la carte sanitaire¹⁴ ». Le plus souvent c'est après la réalisation du CScom que l'équipe socio sanitaire du district est interpellée pour tenter de mobiliser la population pour la création de l'ASACO et faire accepter le CScom par la population de l'aire santé concernée, non sans contraintes pour le financement des activités de lancement et de suivi du fonctionnement du CScom.

¹⁴ Evaluation externe du plan décennal de développement Sanitaire et social 1998-2007, 19 août 2011

Pour résoudre ces problèmes, les interventions prioritaires suivantes seront entreprises :

- La révision de la carte sanitaire avec l'implication de tous les acteurs et actrices et en tenant compte du contexte de la décentralisation pour une meilleure planification de la création des CSCom et du développement du secteur privé lucratif;
- La mise en place d'un mécanisme fonctionnel de partenariat et de collaboration entre le CSCom, le privé lucratif, les ONG/Associations, dont les associations féminines, et la médecine traditionnelle ;
- La création de comités d'utilisatrices des CSCom en collaboration avec la FENASCOM et ses démembrements (FERASCOM, FELASCOM).

RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée

Des capacités techniques encore déficientes, une incompréhension et/ou une méconnaissance des rôles respectifs de chaque acteur (familles, ménages, société civile, autorités locales) deviennent de véritables entraves à une participation responsable des acteurs et actrices. La mission des ASACO se limite de plus en plus à la gestion comptable du CSCom au détriment de leur rôle d'actrices et de responsables dans la participation, l'animation et la mobilisation dans les aires de santé. Par ailleurs les CSCom ne peuvent être performants que si les acteurs et actrices chargés de leur gestion quotidienne disposent des qualités et compétences nécessaires pour y parvenir. Les personnels techniques des CSCom ont souvent des insuffisances en gestion et les membres des ASACO ne sont pas motivés pour le travail de mobilisation qui est leur première mission.

La mise en œuvre des interventions prioritaires suivantes permettra de solutionner ces lacunes et de renverser de façon durable cette tendance :

- Le renforcement des capacités de tous les acteurs et actrices publics et privés dans la compréhension de leurs rôles et missions dans le contexte de la décentralisation et de la loi d'orientation sur la santé ;
- La mise à échelle et la systématisation des mécanismes d'accréditation pour la performance (contrat de performance par exemple).
- Le renforcement des capacités techniques et de gestion du personnel des CSCom et des membres des ASACO;
- La définition des formes pérennes de motivation pour les membres des ASACO et les agents de santé communautaires ;
- Le renforcement de la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre l'Etat, les collectivités territoriales et les ASACO ;
- la mise à niveau des cellules d'appui à la décentralisation /déconcentration et des structures déconcentrées des Ministères du travail, des affaires sociales et humanitaires et de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant ;

- le renforcement de l'appui de l'équipe du district dans la création et le fonctionnement des CSCom.
- La mutualisation des ressources de l'Etat et des partenaires à tous les niveaux pour optimiser la création des CSCom ;
- La mise en place d'un fonds commun pour le financement du paquet d'activités de soutien au bénéfice du CSCom (approche communautaire; supervision, formation, etc.) ;
- La mise en place d'un fonds national d'appui au fonctionnement des CSCom structurellement non viables (créés par souci d'équité dans les zones peu peuplées et /ou géographiquement difficiles).

RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.

La politique sectorielle de santé et de population de 1990 est antérieure à la politique de décentralisation administrative et politique. Elle est basée sur l'implication des Collectivités et des communautés dans la gestion locale et la mise en œuvre des stratégies de développement sanitaire et social.

La politique de décentralisation est une politique volontariste de l'Etat et vise plusieurs aspects :

- l'identification et le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités selon les niveaux ainsi que celle des ressources budgétaires liées à chaque compétence transférée.
- Le renforcement des capacités des acteurs et actrices (élus, techniciens de la santé, responsables de la société civile notamment les ASACO, tutelle, etc.) en matière de transfert de compétences et de ressources ;
- L'élaboration et la vulgarisation d'outils de transferts qui précisent les responsabilités et facilitent le partenariat entre les acteurs et actrices ;
- La relecture des textes des structures de l'Etat : DNS, DRS, CSCOM, EPH, etc.) pour séparer les fonctions décentralisées et les missions déconcentrées et d'appui-conseil.

Elle est intervenue à partir de 1993 suite à l'avènement de la démocratie et la mise en place des collectivités locales. Il a fallu attendre 2002 pour la mise en place des dispositions réglementaires relatives au transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales en matière de santé aux niveaux cercle et commune. Ces dispositions ont été renforcées ensuite par le transfert des fonds aux collectivités pour les investissements (construction de CSCOM et CSREF), le fonctionnement des CSCOM, des CSREF et le paiement des salaires des fonctionnaires des collectivités territoriales.

Quant au développement social, ce n'est qu'en Janvier 2012 que le décret fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire a été édicté.

La création des cellules d'appui à la décentralisation/déconcentration dans les départements de la santé, du développement social et de la promotion de la femme a été une étape importante dans la responsabilisation des acteurs et actrices pour une bonne mise en œuvre de cette politique de décentralisation. Toutefois, l'un des défis reste l'élaboration des outils de mise en œuvre des compétences transférées aux collectivités par le Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant.

La décentralisation ne peut atteindre ses objectifs si elle n'est pas accompagnée par une déconcentration adéquate des structures administratives. Dans ce domaine, également, le secteur de la santé connaît des avancées importantes. En effet, le système de recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires et le processus de planification décentralisée et de coordination des programmes de santé ont consacré, depuis les années 1990, une grande implication des responsables socio-sanitaires et de leurs partenaires aux différents niveaux.

C'est dans ce contexte qu'il a été relevé un certain nombre de problèmes relatifs, notamment à; (1) la non harmonisation de certains organes de gestion du secteur de la santé avec les textes de la décentralisation ; (2) l'insuffisance de communication (plaidoyer et sensibilisation) sur les textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé et du développement social ; (3) la faible concertation des acteurs et actrices locaux dans le processus de planification opérationnelle au niveau des districts sanitaires ; (4) la faible prise en compte des priorités locales dans les plans opérationnels et (5) les incompréhensions des rôles et des responsabilités des acteurs et actrices, surtout les acteurs et actrices politiques, dans la mise en œuvre de la décentralisation/déconcentration.

Les interventions nécessaires pour la résolution de ces problèmes sont les suivantes:

- Le renforcement de l'articulation entre le développement de la santé et le processus de décentralisation administrative et politique pour une rationalisation des relations fonctionnelles;
- Le renforcement des capacités des CADD et des Services Techniques de l'Etat pour un meilleur accompagnement des acteurs et actrices et notamment les différents niveaux de Collectivités Territoriales ;
- La relecture des textes des organes de gestion des services de santé aux niveaux local et régional.

RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.

La représentation des femmes au niveau des organes de gestion dans le système de santé communautaire au Mali, reste faible, malgré les efforts consentis par les différents acteurs et actrices clés. Tant que cette situation n'est pas prise en compte au niveau de la gestion des ASACO, les besoins spécifiques des femmes ne seront pas couverts de manière satisfaisante.

Les interventions prioritaires dans ce domaine sont les suivantes:

- La mise en place de mesures pratiques qui évitent la marginalisation des femmes dans les processus de mise en place des ASACO;
- L'adoption et la mise en œuvre de mécanismes de gestion de la santé qui tiennent compte des contraintes spécifiques des femmes (ex. : horaire des réunions, déplacements pour les formations, etc.).

RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.

L'analyse des politiques sectorielles montre que les ministères sectoriels n'ont pas atteint un niveau de prise en compte systémique de l'approche genre faute de vision stratégique nationale, de méthodologie et d'expertise. C'est pourquoi, le Mali s'est doté d'une politique nationale visant l'égalité entre les femmes et les hommes, la Politique Nationale Genre (PNG-Mali). Par son caractère transversal, la PNG-Mali associe les ministères sectoriels du Gouvernement du Mali à la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. La PNG-Mali est assortie d'un premier Plan d'actions, articulé en s'appuyant sur la méthode de gestion axée sur les résultats. Les domaines d'intervention prioritaires y sont repris en identifiant les impacts (résultats ultimes), les effets (résultats intermédiaires) et les produits (résultats immédiats). En outre, le Plan d'actions précise les indicateurs, les sources de vérification et les risques/hypothèses, les actions à mettre en œuvre, les moyens financiers nécessaires et les acteurs et actrices impliqués.

Contraintes au devoir d'obéissance, réitéré par le Code du Mariage et de la Tutelle promulgué en décembre 2011, les femmes participent rarement à la prise de décision au niveau des ménages. Même quand il s'agit de leurs propres soins de santé, dans 72% des cas c'est le conjoint qui décide seul (EDMS 2006, 2007 : 278).

Par ailleurs, la répartition par sexe du travail, fortement ancrée dans la tradition, est aussi un facteur limitatif important pour les femmes et peut avoir des répercussions sur leur santé.

Les interventions prioritaires suivantes permettront la prise en compte systématique du genre dans les programmes de santé:

- La mise en place des mécanismes d'institutionnalisation de l'égalité entre les hommes et les femmes ;
- L'opérationnalisation des Comités d'institutionnalisation du genre au sein des départements concernés (Santé, Développement social, Education et Communication, etc.);
- La diffusion du document de PNG à grande échelle auprès de tous les acteurs et actrices concernés;
- Le renforcement des capacités des acteurs et actrices en intégration du genre dans les projets et programmes.

RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.

Le secteur privé occupe une place importante dans l'offre des services de santé. En effet, (i) 80% des consultations curatives ont lieu dans le privé communautaire et commercial et 50% des médecins travaillent à titre principal dans le secteur privé ; (ii) au niveau de la formation, environ 50% et 90% des admis, respectivement, aux examens des Techniciens Supérieurs de Santé et de techniciens de santé sont formés dans les écoles privées.

Les difficultés rencontrées pour le développement du partenariat entre les secteurs privé et public relèvent essentiellement de : (i) L'insuffisance de collaboration entre, d'une part, le privé et le public et d'autre part, entre les privés eux-mêmes à tous les niveaux. Dans ce cadre, les efforts fournis pour accompagner l'installation des privés sont insuffisants et les résultats des activités de ces derniers ne sont pas pris en compte dans les statistiques nationales ; (ii) les privés s'installent essentiellement dans les milieux urbains et exacerbent ainsi l'iniquité dans la distribution des services de santé ; et (iii) les capacités de régulation et de contrôle du secteur privé sont faibles.

Les interventions prioritaires pour prendre en charge ces problématiques sont :

- Le développement d'une politique de partenariat avec le secteur privé lucratif sur la base d'une approche contractuelle qui s'appuie sur l'avantage comparatif de chaque secteur et utilise efficacement les ressources pour améliorer l'accès aux soins de santé (Partenariat gagnant-gagnant);
- Le renforcement des capacités individuelles et collectives d'intervention du secteur privé en mettant l'accent sur la formation, la réglementation et l'autorégulation des ordres professionnels;
- La mise en place et l'opérationnalisation de plates-formes de concertation et de dialogue entre les acteurs et actrices publics et privés à tous les niveaux;

- La prise en compte du secteur privé dans la planification, le fonctionnement et la mise en œuvre du programme de développement sanitaire et social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La mise en place de mesures incitatives appropriées pour l'installation des professionnels de la santé dans le secteur privé ;
- La promotion de Partenariats public –privé en vue de combler les déficits en matière d'offre de soins telles que les analyses biomédicales, l'imagerie médicale entre autres.

VII. Cadre de mise en œuvre du PDDSS 2014-2023

7.1 Modalités programmatiques de mise en œuvre et de pilotage du PDDSS

Le PDDSS sera mis en œuvre à travers deux PRODESS quinquennaux qui seront élaborés et exécutés de manière ascendante, à partir du district de santé et des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) qui constituent les niveaux opérationnels du système de santé. Les trois départements ministériels (Santé, Développement social et Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille) directement concernés et leurs structures administratives et techniques aux différents niveaux s'organiseront en équipes pour fédérer les efforts en vue de l'atteinte de résultats communs pour l'amélioration de la santé des populations. C'est ainsi qu'à tous les niveaux les équipes de travail seront formellement organisées pour l'effectivité d'un cadre managérial efficace pour la mise en œuvre et le suivi des activités.

Au niveau opérationnel (les districts et les autres établissements de prestation de soins) :

Sur le plan de l'organisation des services au niveau des districts sanitaires, il sera procédé à :

- La création de l'hôpital de district dont le rôle sera la prise en charge des référés, des maladies non transmissibles compliquées et la formation et le recyclage du personnel en soins de santé de qualité rattaché ou appartenant à la collectivité Cercle
- La création du Service de Santé Publique du District (SSPD) qui sera un service déconcentré de l'Etat chargé de la mission de service public pour le suivi de la mise en œuvre de la Politique Sectorielle de Santé à travers la planification, la formation, la surveillance épidémiologique, l'appui technique au premier échelon, la recherche, le contrôle de qualité et de la réglementation.

Quant à la planification et la programmation, elles commencent au niveau des Communes qui constituent la tutelle des CSCOM. Les plans et PO des Communes sont adoptés par le Conseil communal et alimentent les PDSC et les PO des Districts sanitaires. Ces PDSC et PO (documents uniques par district) qui intègrent les interventions des trois départements concernés (Santé, Développement social et promotion de la femme) en vue de la production de résultats communs santé seront élaborés et approuvés par les Conseils de gestion des CSref. Les PO annuels pour la mise en œuvre de ces PDSC seront élaborés et adoptés par les Conseils de gestion sur la base des orientations nationales et des ressources disponibles.

Toutes les dispositions seront prises pour que ces PO ne fassent pas l'objet de modifications par les autres niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau régional : Un seul plan et un seul PO du niveau régional (Directions régionales et EPH régionaux) seront élaborés en fonction des besoins de coordination et d'appui aux districts. Le CROCEPS(Comité

Régional d'Orient, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS) est chargé de définir les orientations régionales en matière de développement sanitaire et social, de garantir la cohérence des plans et PO des niveaux régional et district et d'assurer le suivi de la mise en œuvre des ces plans et programmes.

Au niveau central : Des plans et PO seront élaborés en fonction des besoins spécifiques des services centraux (conception des politiques et programmes, coordination et appuis aux régions). Le Comité technique du PRODESS est chargé d'assurer la cohérence entre les Plan et PO des niveaux régional et central et du suivi technique de leur mise en œuvre. Le Comité de suivi, quant à lui, est chargé de définir les grandes orientations nationales en matière de développement sanitaire et social et de suivre leur mise en œuvre aux différents niveaux. Quant au Comité de pilotage, chargé du suivi de la mise en œuvre des recommandations du Comité de suivi, il doit être allégé pour être plus opérationnel.

7.2 Modalités de gestion des ressources financières du PDDSS

La mobilisation et l'utilisation des financements du PDDSS 2014-2023 se feront suivant l'approche sectorielle et la Déclaration de Paris dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PDDSS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et de l'Etat à travers le renforcement du mécanisme de planification et de suivi. Ces principes prennent en compte, non seulement, les PTF qui s'aligneront totalement aux procédures nationales, mais aussi, ceux qui présentent des particularités qui les amènent à adopter des procédures spécifiques.

La mobilisation des fonds se fera à travers les deux PRODESS quinquennaux qui préciseront les programmes et interventions spécifiques à entreprendre et les besoins de financement. Elle sera soutenue par le COMPACT qui garantira la responsabilité et la redevabilité mutuelles vis-à-vis de résultats communs à atteindre. Le COMPACT sera, par conséquent, consolidé pour engager le maximum de partenaires techniques et financiers aux côtés du Gouvernement.

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) qui sera actualisé annuellement permettra de mieux préciser les financements du PRODESS et les engagements pris dans le COMPACT. Il servira de référence pour les allocations financières aux Plans Opérationnels et pour le suivi de leur exécution.

Les décaissements se feront toujours sur la base des PO, mais plus en fonction des résultats atteints que des justificatifs comptables. L'approbation des PO sera décentralisée afin d'alléger la lourdeur du système et garantir leur adéquation avec les préoccupations locales. Le système de contrôle à posteriori sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

VIII. SUIVI ET EVALUATION DU PDDSS

Le système de suivi et évaluation aura comme base le système d'information sanitaire, les supervisions périodiques, l'évaluation périodique et les rencontres périodiques des instances de coordination et de suivi.

Un plan de suivi et évaluation sera élaboré et mis en œuvre. Il prendra en compte les objectifs et les domaines d'investigation, les types d'informations et des indicateurs de performance, les outils et le processus de collecte de données. Il sera soutenu par un bon cadre de communication et d'information pour une bonne utilisation des résultats et des dispositifs appropriés de prise de décision.

Il sera procédé à une évaluation à mi-parcours et à une évaluation finale. Pour le suivi, en plus des rencontres périodiques, les sorties conjointes avec les acteurs et actrices impliqués seront organisées sous la responsabilité du comité de suivi. Des revues annuelles et une revue à mi-parcours du secteur de la santé auront lieu pour réorienter, si nécessaire, les interventions en vue d'assurer l'atteinte des objectifs fixés.

IX ANNEXES

- a. Feuille de route pour l'élaboration du PDDSS
- b. TDR du processus d'élaboration du PDSS
- c. Méthodologie utilisée pour l'élaboration du PDDSS
- d. Etat sanitaire ;
 - ✓ Niveau d'atteinte des objectifs du Millénaire (probabilités)
 - ✓ Couverture en structures de santé
 - ✓ Principaux indicateurs de Santé
- e. Solidarité et protection sociale
 - ✓ Niveaux de satisfaction des demandes d'assistance (2011)
 - ✓ Situation des mutuelles (2011)
 - ✓ Principaux indicateurs du Développement Social
- f. Ressources humaines
- g. Financement de la santé
- h. Textes législatifs et réglementaires