



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE



MINISTERE DU DEVELOPPEMENT
SOCIAL DE LA SOLIDARITE ET
DES PERSONNES AGEES



SECRETARIATS GENERAUX

CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE
SECTEUR SANTE, DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET PROMOTION DE LA FAMILLE

EVALUATION EXTERNE DU PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 – 2007



19 août 2011 SR-12-67-fr

Soumis au: Ministère de la Santé, Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées de la République du Mali.

Équipe d'Évaluation: Abdel Wahed ELABASSI, Peter Bachrach, Abdramane MAIGA, Yann Derrienic, Youssouf SANGARE, Zakaria KEITA.

Remerciements: L'évaluation du PRODESS a été organisée et conduite sous la direction du Dr Salif SAMAKE, Directeur de la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS-SS-DS-PF), avec la coordination du Dr Amadou SOGODOGO et sous l'égide du Comité de Pilotage qui est remercié pour ses orientations et ses efforts de mobilisation des ressources humaines et financières.

Ce travail a été réalisé au travers des appuis multiformes techniques et financiers des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) Santé, plus particulièrement l'USAID Mali, et l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), notamment par le financement de l'atelier d'évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux « JANS » exercice pertinent qui a permis la validation du rapport avec l'ensemble des parties prenantes.

Les auteurs souhaitent remercier les organisations et les populations des cercles visités qui ont contribué leur savoir et expériences. **Le projet Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus)** de l'USAID a apporté une contribution essentielle dans la prise en charge des membres de l'équipe d'évaluation externe et dans l'appui logistique et financier. A cet égard, nous remercions l'équipe cadre d'ATN Plus—Lisa Nichols, Djenam Jacob et Cheick SIMPARA —ainsi que Violet DIALLO pour leur appui et conseils aux différentes phases de l'évaluation. **MEASURE Evaluation** remercie particulièrement l'équipe d'évaluation externe: le responsable de l'équipe d'évaluation, Dr Abdel Wahed ELABASSI et le conseiller technique Peter Bachrach en tant que principaux auteurs du rapport, ainsi que Abdramane MAIGA, les consultants d'ATN Plus (Youssouf SANGARE et Yann Derrienic), et Zakaria KEITA. Nous remercions aussi Yazoume Ye, pour sa revue technique du document et Marcia Harrington pour son appui logistique.

Cette évaluation a été réalisée sous des contraintes de temps importantes; la mise en place de l'équipe, le lancement de l'évaluation, la coordination multi-institutionnelle et le suivi du projet n'auraient pas été possibles sans la vigilance et le travail intensif de préparation effectué par la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille avec l'accompagnement de l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers.

MEASURE Evaluation est financé par l'USAID par le biais de l'Accord coopératif GPO-A-00-03-00003-00 et mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec le Futures Group, ICF Macro, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, et l'Université de Tulane. Les opinions exprimées par les auteurs de cette publication ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et Abréviations	viii
Résumé de l'Évaluation Externe du PDDSS	i
CHAPITRE 1. Introduction	1
1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation	1
1.2 Organisation et déroulement de l'évaluation	2
1.3 Constats et orientations globales de l'évaluation	2
1.4 Orientations futures	5
CHAPITRE 2. Résultats Globaux entre 1998–2010	7
2.1 Contexte	7
2.2 Indicateurs d'impact	7
2.3 Indicateurs de routine	11
CHAPITRE 3. Offre et Utilisation des Services	15
3.1 Situation au début du PDDSS	15
3.2 Accessibilité, disponibilité et utilisation du PMA	16
3.3 Soins essentiels au niveau communautaire	19
3.4 Système de référence	20
3.5 Les hôpitaux dans le système de santé	21
3.6 Secteur privé	23
3.7 Médicaments	24
3.8 Constat: La qualité des soins reste un défi	
CHAPITRE 4. Activités de Soutien aux Prestations	27
4.1 Planification au niveau opérationnel	27
4.2 Gestion des ressources	27
4.3 Système local d'information sanitaire au niveau opérationnel	29
4.4 Monitoring et supervision	30
CHAPITRE 5. Décentralisation, Participation Communautaire et Renforcement de la Solidarité	31
5.1 Contexte	31
5.2 Décentralisation et participation communautaire	31
5.3 Renforcement de la solidarité	34
CHAPITRE 6. Financement des Composantes du PRODESS	41
6.1 Aperçu	41
6.2 Ministère de la Santé	42
6.3 Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées	51
6.4 Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	56
6.5 Analyse de la prévisibilité et de la cohérence des financements	56
6.6 Organisation des flux financiers	58
6.7 Problématiques à considérer	60

CHAPITRE 7. Développement et Gestion des Ressources Humaines	63
7.1 Contexte	63
7.2 Ministère de la Santé	63
7.3 Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées	68
7.4 Développement de la gestion des ressources humaines	69
CHAPITRE 8. Maîtrise du PRODESS	75
8.1 Contexte	75
8.2 Renforcement de l'approche sectorielle	75
8.3 Cadre de concertation du PRODESS	77
CHAPITRE 9. Suggestions d'Orientations Futures	83
9.1 Améliorer la performance du système de santé	83
9.2 Responsabiliser les acteurs, renforcer la solidarité et maîtriser le développement du secteur	86

Annexes

Annexe 1: Population du Mali (1998-2008)	
Annexe 2: Résultats des Régions du Mali par Rapport aux OMD	
Annexe 3: Résultats du Mali et de Cinq Pays Voisins par Rapport aux OMD (Résultats EDS)	
Annexe 4: Indicateurs du Cadre Commun au Niveau National	
Annexe 5: Résumé Détaillé des Indicateurs de Santé du Cadre Commun aux Niveaux National et Regional entre 1998 et 2009	
Annexe 6: Résumé des Indicateurs de Développement Social du Cadre Commun au Niveau National entre 2005 – 2009	
Annexe 7: Résumé Détaillé des Indicateurs de Développement Social du Cadre Commun aux Niveaux National et Régional entre 2005 ET 2009	
Annexe 8: Résumé des Données Financières de la Composante Santé du PRODESS	
Annexe 9: Résumé des Données Financières de la Composante Sociale du PRODESS	
Annexe 10: Résumé des Données Financières de la Composante Promotion Féminine et Famille du PRODESS	
Annexe 11: Tableau d'Analyse des Responsabilités de Concertation	
Annexe 12: Bibliographie	

Sigles et Abréviations

AB	Aide budgétaire
ABG	Aide budgétaire globale
ABS	Aide budgétaire sectorielle
ACDI	Agence canadienne pour le développement international
ADM	Allègement de la dette multilatérale
AFD	Agence française de développement
AMO	Assurance médicale obligatoire
ANAM	Agence nationale d'assistance médicale
ANEH	Agence nationale pour l'évaluation 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
AS	Approche sectorielle
ASACO	Association de santé communautaire
BM	Banque mondiale
CADD	Cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration
CANAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme
CCP	Consultation curative primaire
CCC	Comité de conseil de cercle
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CDRH	Cellule de développement des ressources humaines
CE	Commission européenne
CEPRIS	Cellule d'exécution des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNS	Comptes nationaux de la Santé
CPN+	Consultation prénatale plus
CPS	Cellule de planification et de statistiques
CREDOS	Centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant
CRM	Caisse des retraites du Mali
CROCEP	Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCom	Centre de santé communautaire
CSCRp	Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSLP	Cadre stratégique de réduction de la pauvreté
CSRéf	Centre de santé de référence
DAF	Direction administrative et financière
DCI	Dénomination commune internationale
DESAM	Développement sanitaire du Mali (logiciel)
DESR	Division des établissements 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
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, 3ème vaccination

DTS	Dépenses totales en santé
EDS.M	Enquête démographique et de santé — Mali
EIPC	Écoles des infirmiers de premier cycle
EPA	Établissement public autonome
EPH	Établissement public hospitalier
EPIC	Établissement public à caractère industriel et commercial
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
ESS	École secondaire de la santé
FAM	Fonds d'Assistance Médicale
FCFA	Francs de la communauté financière d'Afrique
FELASCOM	Fédération local d'associations communautaires de santé
FENASCOM	Fédération nationale des ASACO
FERASCOM	Fédération régionale d'associations communautaires de santé
FED	Fonds européen de développement
FMPOS	Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
FNUAP	Fonds des Nations-Unis pour les Activités de Population
GAVI	Global alliance for vaccines and immunisation
GIE	Groupement d'intérêt économique
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)
HMN	Health Metrics Network, (système d'évaluation)
IDE	Infirmier d'État
Inf. PC et OB	Infirmier(ère)s de premier cycle et obstétriques
IOTA	Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique
IHP(+)	<i>International Health Partnership</i> (Partenariat International pour la Santé)
JANS	<i>Joint Assessment of National Strategies</i> (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 protection social
INRSP	Institut national de recherches en Santé publique
IS	Inspection de la Santé
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de Santé
MCS	Mission conjointe de suivi
MDSSPA	Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées
ME	Médicaments essentiels
MICS/ELIM	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples et de Dépenses des Ménages
MS	Ministère de la Santé
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
MPFFE	Ministère 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
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	Pays moins avancés
PNDRHS	Politique nationale de développement des ressources humaine pour la Santé
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PO	Plan opérationnel
PPM	Pharmacie populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPTÉ	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
RAMED	Régime d'assistance médicale
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la Santé
RSS	Renforcement du système de Santé
SAE	Système d'alerte épidémiologique
SDADME	Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels
SD-SNISS	Schéma directeur du système national d'information sanitaire et social
SEPAUMAT	Service d'entretien du parc automobile et matériels
SF	Sages-femmes
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
TPR	Tresorier public regional
TSS/TS	Techniciens supérieurs de la santé/techniciens de la santé
UE	Union européenne
UMN	Unité monétaire nominative
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de coopération des États-Unis
UTM	Union technique de la mutualité malienne
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION EXTERNE DU PDDSS

1. Informé par la politique de santé et de population (1990) et celle de solidarité pour la lutte contre les exclusions et la marginalisation (1993), le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998–2007 devait: (i) poursuivre les réformes structurelles du secteur; (ii) augmenter l'accessibilité géographique à des soins de qualité dans le cadre du partenariat État-communauté; et (iii) améliorer la coordination et l'utilisation de l'aide extérieure. Le PDDSS a été mis en œuvre à travers le PRODESS I (1998–2002), le PRODESS II (2005–2009) et l'extension du PRODESS II (2009–2011).

2. À travers ses instruments programmatiques et sa mise en œuvre, le PDDSS a pris en compte l'engagement du Mali pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en tenant aussi compte de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et de modalités telles que l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et le partenariat international pour la santé (IHP). La signature du Compact national (2009) a constitué un palier majeur dans les efforts qui visaient la construction d'un cadre unique et cohérent pour une mobilisation accrue et une meilleure utilisation de l'aide dans le secteur en vue d'atteindre les OMD dans le domaine de la santé.

3. La présente évaluation externe du PDDSS devrait contribuer à informer le processus d'élaboration du prochain plan décennal (2012–2021). Globale et stratégique, l'évaluation devait apprécier les progrès réalisés, identifier les problématiques clefs et suggérer des pistes nouvelles. De manière globale, l'évaluation a constaté que:

Il y a une amélioration globale modérée et progressive selon des indicateurs.

4. Mesurés par les enquêtes Démographiques et de Santé (1995/96, 2001, 2006) et MICS (2010), les indicateurs de mortalité montrent une amélioration modérée et progressive:

- La mortalité infantile est passée de 122.5 pour mille en 1996 à 95.8 pour mille en 2006.
- La mortalité maternelle est passée de 577 à 464 pour 100 mille naissances.
- Le progrès concernant l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans, qui était très modestes entre 2001 et 2006, montre une amélioration importante en 2010 passant respectivement de 33,3% à 32% et 18%.
- Bien que traditionnellement pratiqué, l'espacement des naissances 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%. Ce niveau de prévalence n'aura que peu d'effet sur le taux annuel élevé d'accroissement de la population (3,6%) tel que constaté par le récent recensement de la population.

Cependant, il existe des disparités entre les plus riches et les plus pauvres pour certains indicateurs.

5. Les disparités entre les plus riches et les plus pauvres restent 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. Toutefois il y a lieu de remarquer que les écarts ont été réduits durant le PDDSS entre les plus riches et les plus pauvres en ce qui concerne les indicateurs de mortalité des enfants de moins de 5 ans. L'écart est passé de 97 à 44 par mille personnes entre les années 1996 et 2006. On peut noter des observations similaires concernant la couverture vaccinale et les consultations prénatales. Mais les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont restés très importants en ce qui concerne les accouchements assistés et le planning familial (PF).

6. Les données récentes sur la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelles au Mali ne seront disponibles qu'en 2012. Ceci ne permet pas, dans le cadre de cette évaluation, de juger l'évolution de ces indicateurs durant les 5 dernières années, période durant laquelle l'accessibilité géographique aux services, ainsi que les couvertures préventives, ont continué à s'améliorer renforcées par de nouvelles stratégies et interventions dans le cadre de l'accélération des efforts pour l'atteinte des OMD.

Une extension géographique du réseau des CSCom a eu lieu.

7. La proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé est passée de 29% en 1998 à 57% en 2009, rendant disponible un Paquet Minimum d'Activité (PMA) curatives, préventives et promotionnelles. Le PMA a été progressivement enrichi et renforcé par de nouvelles stratégies de prise en charge et de contrôle développées par les programmes nationaux (vaccination, paludisme, PCIME, VIH/SIDA, supplément en micronutriments tels que la vitamine A et le fer).

8. Bien qu'une attention particulière a été accordée, à partir du PRODESS II, aux régions ayant l'accessibilité géographique la plus basse, les disparités régionales dans l'offre de service sont encore présentes. Les facteurs contribuant à ces disparités sont avant tout le ralentissement de l'extension géographique en relation avec la grande dispersion, la mobilité et l'enclavement saisonnier des populations et la répartition inéquitable du personnel qualifié, en particulier médecins et sages-femmes, dont la pénurie affecte la disponibilité effective du PMA dans certaines régions.

9. Avec 43% de la population vivant à plus de 5 km d'un CSCom, la base de la pyramide du système de santé reste cependant inaccessible à une partie importante de la population. La nature structurelle du ralentissement de la progression de l'extension géographique a encouragé le Ministère de la Santé à développer et promouvoir la stratégie nationale des soins essentiels dans les communautés. Son extension dans tout le pays est à la fois une nécessité et un défi du point de vue de l'équité et pour maximiser les bénéfices en matière de santé de la population du réseau existant de CSCom et pour surmonter de manière efficace et efficiente la contrainte de l'accessibilité géographique.

Malgré ceci, les insuffisances dans la performance du système de santé continuent.

10. La prise en compte des conditions pour le succès durant l'extension géographique du réseau de CSCom n'a pas été considérée avec l'attention nécessaire. En effet, la première phase d'accélération de l'extension géographique s'était faite sans tenir compte du retard pris dans le volet développement des ressources humaines et de la pénurie patente de personnel et la coordination fut déficiente dans l'exécution du volet génie civil des CSCom entre les collectivités décentralisées et les services techniques de la santé et de l'action sociale affectant certains pré-requis pour la bonne fonctionnalité et pour l'appropriation des CSCom par les communautés concernées.

11. Un effort de mise à niveau du système de référence a concerné pratiquement tous les CSRéf par l'affectation de personnel médical avec compétence chirurgicale, la fourniture d'équipements et, dans de nombreux cas, par des réhabilitations d'infrastructures. La prise en charge des soins obstétricaux urgents a servi à améliorer l'efficacité du système de référence. Les progrès sont indéniables, avec en particulier une progression importante du taux d'accouchements par césarienne qui est passé de moins de 1% durant la fin des années 1990 à 2,33% en 2009. Mais malgré la politique nationale de gratuité pour la césarienne, les contraintes et les insuffisances limitent l'efficacité de l'ensemble du dispositif. Elles concernent la fonctionnalité déficiente du système de radio communication (RAC), le manque d'appui des caisses de solidarité pour la référence, ainsi que les obstacles géographiques et financiers que rencontrent les femmes qui ont besoin de parvenir à temps au CSRéf.

12. La clef de voûte du système de santé que sont les hôpitaux a connu une évolution importante dans le cadre de la réforme hospitalière. Ils ont acquis le statut d'Établissement Public Hospitalier (EPH) avec autonomie de gestion, et ils ont développé des projets d'établissement pour améliorer la gestion et la qualité de prestations. Si des progrès sont à relever concernant la disponibilité améliorée de personnel médical qualifié, de médicaments et des équipements, la dynamique de réforme semble être essoufflée par insuffisance d'accompagnement et d'incitations adéquates. Le sommet que représente les hôpitaux ne repose que très partiellement sur le reste de la pyramide avec des taux de référence très bas et souvent insignifiants, lesquels mettent en doute l'utilisation efficace de chaque niveau du système de santé. La mortalité hospitalière reste à des niveaux élevés (10,9% en 2009). L'insuffisance dans le développement de normes techniques nationales ainsi que l'absence de standardisation des systèmes de gestion et d'information rendent difficile les efforts d'évaluation et d'amélioration de l'Agence nationale pour l'évaluation des hôpitaux (ANEH).

13. La mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 1999 a indéniablement contribué à structurer le secteur pharmaceutique en clarifiant les rôles respectifs des différentes institutions impliquées. Elle a amélioré la disponibilité des médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle dans le pays. Des insuffisances persistent et concernent (i) l'importance du secteur informel de vente de médicaments dont la qualité n'est pas garantie, (ii) les ruptures de stock fréquentes dans le réseau de CSCom et des CSRéf, (iii) la persistance significative d'utilisation non rationnelle des médicaments. D'autre part, l'importance des médicaments et produits gratuits, tant du point de vue de valeur que celui des volumes, a généré des problèmes nouveaux qui doivent être maîtrisés dans la perspective d'une bonne gestion et d'une efficacité durable pour la santé de la population. Le rôle important joué par la PPM dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments aux meilleurs prix dans le cadre du contrat plan État/PPM, risque d'être fragilisé par les retards systématiques de paiement par la trésorerie des commandes faite par l'État (environ 40% du chiffre d'affaire de la PPM) et les hôpitaux.

14. Bien que prenant une place grandissante dans l'offre de service, le privé à but lucratif, formel traditionnel et informel, n'est pas bien pris en compte ni dans le processus de planification ni pour la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé.

15. 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/SIDA). Une approche globale pour la qualité des soins et qui prend en compte la perception des bénéficiaires fait encore défaut.

Malgré une responsabilisation des acteurs comprenant une plus grande maîtrise du développement du secteur et un renforcement de la solidarité, beaucoup reste à faire pour l'accès universel aux soins de santé.

16. Plus de 50% des Association de santé communautaire (ASACO) ont signé la nouvelle convention avec les communes respectives dans le contexte de la décentralisation et du transfert des compétences du Ministère de la Santé aux collectivités décentralisées. Mais les comportements évoluent plus lentement et l'incompréhension sur les rôles respectifs de chaque acteur au niveau local est une réalité. D'autre part, un rôle souvent limité à la gestion du CSCom, une proximité et des échanges insuffisants avec les bénéficiaires ainsi que des capacités encore déficientes malgré les efforts n'ont pas favorisé une évolution et une adaptation des ASACO vers un rôle de représentant responsabilisé des bénéficiaires pour la gestion et la promotion de la santé.

17. Un palier important est franchi pour la promotion et le renforcement de la solidarité tant au niveau législatif qu'au niveau institutionnel avec l'assurance maladie obligatoire (AMO), le régime d'assurance médicale (RAMED), la création de la Caisse nationale de

l'assurance maladie (CANAM) et de l'Agence nationale d'assistance médicale (ANAM) et les appuis consentis au développement des mutuelles. Mais la couverture cumulée de l'ensemble de ces mécanismes reste faible, environ 20% de la population. Des difficultés persistent concernant l'articulation des mécanismes de solidarité modernes avec les formes traditionnelles de solidarité. On peut constater un déficit important d'information sur l'ensemble des mécanismes et sur une vision prospective de l'accès universel aux soins de santé.

18. Les dépenses totales de santé par habitant et par an sont passées de 18 dollars US en 1998 à 38 dollars US en 2009. Les ménages contribuent au moins 52% des dépenses totales. La part de la santé dans le PIB est passée de 1,4% en 2002 à 2% en 2009, et la part dans le budget national est passée de 6,4% à 8,16% durant la même période — ce qui est encore loin de l'engagement fait par les chefs d'états africains à Abuja. L'analyse par source montre que les partenaires extérieurs contribuaient en 2009 près de 31,7% au financement hors aide budgétaire globale (ABG). Les allocations des financements ont montré une insuffisance dans (i) le ciblage des zones et des populations les plus démunies, (ii) les allocations par niveau au détriment du niveau opérationnel (iii) les arbitrages subis par le niveau opérationnel. De plus, le lien entre le financement et le résultat n'est pas évident. Les retards de décaissement, en particulier les fonds promis des aides budgétaires sectorielles (ABS), semblent avoir affecté la mise en œuvre des activités, laissant les équipes de district se démener auprès des PTF pour assurer la continuité d'activités critiques pour la réalisation des résultats.

19. Le développement des ressources humaines a connu une évolution importante, surtout durant la deuxième partie du PDDSS, de la production du personnel en nombre et en modalité avec un rôle important et non maîtrisé du privé. On note aussi une multiplication des modalités de recrutement et de gestion du personnel en fonction des sources de financement. La qualité de la formation ainsi que l'adaptation au marché de l'emploi sont des préoccupations largement partagées. Les disparités régionales en ressources humaines restent importantes, en particulier pour les médecins et les sages-femmes affectant la performance de l'ensemble du secteur. La gestion des ressources humaines reste très centralisée. Elle semble être limitée au personnel de l'administration et ne prend pas en compte l'ensemble du secteur et des différentes modalités d'exercice. De plus, elle se limite souvent à l'aspect financier, sans lien avec les objectifs voulus ou la performance.

20. Construisant sur les acquis et l'expérience de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le cadre du PSPHR, le passage formel et complet à l'approche sectorielle (AS) a essentiellement marqué une différence 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 à travers les organes de pilotage du PRODESS; (iii) la mise à disposition d'une procédure financière préférentielle, au lieu d'une multitude de procédures; et (iv) un système conjoint de suivi et d'évaluation.

21. Le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien au cours d'un processus bien institutionnalisé faisant intervenir l'ensemble des parties prenantes: les ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (PTF) et la société civile.¹ Ce cadre de concertation, de coordination et de dialogue sur les politiques est bien rôdé et effectif, avec une large participation. Les objectifs de chaque organe sont clairs et leurs rôles sont bien définis. De l'avis général de nos interlocuteurs, la qualité du dialogue et de la coordination s'est améliorée au cours des dernières années, notamment par l'utilisation accrue d'indicateurs et l'introduction de l'approche basée sur les résultats pour alimenter les débats.² Toutefois les processus de gestion et de planification ont été

¹ Approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali, p. 9

² Mali Évaluation Aide Budgétaire (AB), Rapport de Synthèse Vol 3, pp. 164–165.

marqués par des lenteurs, une tendance centralisatrice et au cloisonnement, ainsi que l'appropriation insuffisante de l'approche basée sur les résultats.

ORIENTATIONS SUGGÉRÉS

22. Améliorer 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.

- Réunir les conditions de succès pour la création et le fonctionnement des CSCoM, en particulier l'approche communautaire, la disponibilité de personnel qualifié, le lancement et le suivi rapprochés, qui sont tous des préalables requis pour un bon fonctionnement des CSCoM.
- En toute circonstance, prendre en considération la pérennité des CSCoM quand on introduit de nouvelles initiatives et stratégies.
- Élargir les liens fonctionnels de la pyramide sanitaire par le développement des soins essentiels parmi les communautés dans toutes les régions du pays et assurer une mise en œuvre harmonisée de la stratégie.
- Faire bénéficier l'espacement des naissances de l'attention que lui confère son impact sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans de même que la mortalité maternelle.
- Améliorer l'accessibilité et l'efficacité du système de référence.
- Considérer la médicalisation du premier échelon dans une perspective d'amélioration effective de la performance et de la réduction des disparités.
- Renforcer l'ancrage des hôpitaux dans le système de santé pour une efficacité accrue de l'ensemble.
- Développer une approche globale d'amélioration de la qualité des prestations.
- Prendre en compte le secteur privé comme un partenaire à part entière pour atteindre des résultats en matière de santé et le responsabiliser.
- Renforcer la gestion du système pharmaceutique et améliorer le rendement dans la mise en œuvre des activités de la PPN.
- Assurer un maintien efficace des équipements.

23. Responsabiliser les acteurs, renforcer la solidarité et maîtriser le développement du secteur.

Il s'agit de responsabiliser des acteurs et les accompagner dans l'adaptation des comportements aux rôles dévolus dans le contexte de la décentralisation.

- Renforcer la proximité dans la relation entre les CSCoM et les communautés avec, en particulier, une plus grande ouverture des ASACO sur les communautés et la contribution des relais communautaires.
- Renforcer la solidarité pour requérir l'accès aux soins par le développement d'une combinaison dynamique de stratégies complémentaires de protection et de mutualisation du risque, soutenue par une communication efficace et adaptée.
- Assurer une plus grande mobilisation des ressources financières, améliorer leur utilisation et orienter les dépenses vers une réduction effective des disparités.
- Assurer la maîtrise du développement des ressources humaines, assurer une plus grande équité dans son déploiement dans le pays et améliorer la performance du personnel.

- Renforcer la contribution du Système d'information au suivi des progrès et à l'évaluation des résultats.
- Renforcer une planification stratégique simplifiée, inclusive, bien articulée avec le CSCRP et qui concrétise le principe de la décentralisation, en mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du PDDSS et du PRODESS, et en assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats.
- Encourager les études et recherches pour améliorer la performance du système de santé et renforcer la solidarité.
- Maîtriser la problématique du défi démographique en considérant l'impact de l'espacement des naissances sur la mortalité et la morbidité des enfants, et en prenant pleinement en considération les implications pour l'ensemble des secteurs sociaux.

24. Faire du prochain PDDSS une opportunité pour passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de santé et de solidarité et promotion de la femme.

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.1.1. Contexte de l'évaluation

1. Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 1998–2007 est issu des politiques de santé et de population (1990) et de solidarité pour la lutte contre l'exclusion et la marginalisation (1993). Le PDDSS a été mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) au cours de trois phases distinctes: le PRODESS I (1998–2002), le PRODESS II (2005–2009) et le PRODESS Prolongé (2009–2011).

2. Le PRODESS actuel s'inscrit dans un contexte caractérisé par plusieurs initiatives destinées à augmenter l'efficacité de l'aide au développement. Ces initiatives comprennent la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA); le Partenariat International pour la Santé (IHP), dont le but est d'accélérer les progrès relatifs aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé; le Compact national qui a pour but d' « accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue de l'atteinte des OMD ». Le Compact vise aussi à constituer un cadre unique et harmonisé pour augmenter l'efficacité de l'aide dans le secteur et accélérer l'atteinte des objectifs.

3. Le PRODESS est basé sur une AS pourvue d'un appui budgétaire afin d'aligner le soutien des partenaires techniques et financiers (PTF) sur les procédures nationales. Ainsi, il constitue le cadre unique de programmation, de mise en œuvre et de suivi des interventions dans le secteur de la santé et du développement social. Le PRODESS est piloté par les structures solides au cours d'un processus bien institutionnalisé, et sa gestion quotidienne est assurée par son Secrétariat Permanent, basé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), désormais commune à trois départements (Santé, Développement Social et Promotion de la Femme). Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par le Ministère de la Santé (MS) et le MDSSPA; ils bénéficient d'une participation active de l'ensemble des PTF et de la société civile, en particulier la Fédération Nationale des ASACO (FENASCOM) et le Groupe PIVOT santé/population. Lors de la dernière phase opérationnelle du PDDSS, les ministères en charge de la santé, du développement social, de la solidarité et des personnes âgées ont saisi l'occasion pour renforcer le partenariat autour de l'évaluation des résultats du PDDSS et de l'élaboration du nouveau plan décennal pouvant prendre en compte les préoccupations du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille en matière de santé.

1.1.2 Objectifs de l'évaluation

4. Selon les termes de référence, l'évaluation du PRODESS avait les objectifs suivants:
- Décrire et analyser les résultats obtenus au regard des cibles des indicateurs de suivi, de manière globale et pour chacune des composantes de santé et de développement social;
 - Poser un diagnostic du système de santé, selon les six piliers définis par l'OMS;
 - Evaluer la mise en œuvre des réformes institutionnelles effectuées analyser leur influence sur les résultats produits par le PDDSS;
 - Identifier les principaux goulots d'étranglement, les difficultés et contraintes rencontrés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et social dans la mise en œuvre des composantes du PDDSS;
 - Evaluer la cohérence des différents volets du PRODESS et des plans stratégiques qui ont été conçus pour l'accompagner;

- Analyser l'impact de l'interaction entre les deux départements en charge du PRODESS selon les effets observés.

1.2 ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION

5. Initialement prévue pour une durée de quatre mois, de janvier à avril 2011, l'évaluation a dû être raccourcie de mars à avril pour des raisons administratives. En outre, ni toutes les compétences envisagées ni toute la disponibilité des consultants n'ont pu être réunies. Ces modifications ont eu des effets sur le déroulement et sur l'organisation du rapport d'évaluation.

6. Dans les termes de référence, la CPS avait demandé que l'évaluation respecte certains principes parmi lesquels l'utilisation d'instruments et d'approches consensuels, l'implication de l'ensemble des parties prenantes. L'évaluation devait aussi de tenir compte de certains cadres, notamment les piliers de l'OMS et les rubriques du JANS. Sur le plan du déroulement de l'évaluation, l'équipe s'est mise d'accord avec la CPS et a pu respecter le calendrier suivant:

- Semaine de 7 au 11 mars: Discussion de l'évaluation avec les autorités, organisation du rapport et répartition des responsabilités par consultant, recherche de la documentation de base;
- Semaines du 14 au 25 mars: Visites des responsables au niveau central;
- Semaine du 28 mars au 1er avril ainsi que le 6 avril: Visite du terrain;
- Semaines du 4 au 15 avril: Rédaction des premières contributions à l'évaluation; et présentation des résultats;
- Semaines du 18 avril au 2 mai: Élaboration du premier brouillon et soumission à la CPS.

7. Enfin, le mois de mai a été consacré à la prise en compte des observations, la finalisation du rapport d'évaluation et la proposition des prochaines étapes dans l'élaboration du nouveau PDDSS.

8. Vu les contraintes citées, la mission a essayé de passer en revue tous les éléments dans le cadre d'une approche globale et stratégique afin d'identifier les problèmes majeurs du PDDSS et des PRODESS et d'envisager par la suite des pistes à considérer dans le cadre du prochain plan.

1.3 CONSTATS ET ORIENTATIONS GLOBALES DE L'ÉVALUATION

9. Après l'étude des documents, les discussions avec les personnes ressources et les visites sur le terrain, l'équipe d'évaluation a pu formuler les impressions sur la situation actuelle, la contribution des multiples phases du PRODESS à l'atteinte des objectifs du PDDSS et les orientations futures à prendre en considération pour élaborer le prochain plan décennal.

10. Situation actuelle et contribution des PRODESS.

11. Sur bon nombre d'indicateurs de suivi et d'évaluation, le Mali a enregistré un progrès notable au cours des trois PRODESS. Mesurés par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 1995/96, 2001 et 2006) et MICS (2010), l'impact du PRODESS par rapport aux indicateurs OMD est généralement positif. Mesurés par les indicateurs de routine, 58% des indicateurs de santé et 71% des indicateurs de développement social ont montré une évolution positive et consistante au cours des PRODESS. Le Chapitre 2 présentera les principaux résultats à partir des EDS et des indicateurs de routine (surtout pour les résultats depuis 2006).

12. Cependant, l'évaluation a également constaté que le Mali se trouve actuellement à un point décisif dans le développement du secteur socio-sanitaire car le pays doit faire face simultanément aux phénomènes suivants:

- Un taux de croissance de la population qui risque non seulement de remettre en cause les indicateurs de réalisation du PRODESS depuis des années, mais aussi de mettre en péril les possibilités futures d'atteindre les nouveaux objectifs.³
- Un changement dans les modalités fondamentales d'organisation du secteur socio-sanitaire qui crée parfois des tensions entre les exigences des nouvelles approches requises pour passer à l'échelle et pour améliorer la performance et les anciennes habitudes et méthodes de travail. Il faut résoudre ces problèmes pour augmenter l'efficacité et la rentabilité des sous-secteurs.
- Une diminution assez accentuée des ressources humaines et, surtout, financières au moment où les structures prévues sont mises en place; le besoin de les renforcer risque non seulement d'avoir des incidences négatives sur la quantité et la qualité des services des ministères, mais aussi de nécessiter la mobilisation de nouvelles sources et montants dans un contexte économique peu favorable.

13. **Éléments démographiques:** Lors du dernier recensement général de la population, le Mali s'attendait à une croissance de la population de l'ordre de 2,6% et un nombre total d'environ 12,96 million d'habitants. Or le recensement a compté plus de 14 million, pour un taux de croissance de 3,4%. Ce résultat ne devait pas être étonnant, étant donné que les attitudes des Maliens sur le nombre idéal d'enfants n'ont pas changé entre 2001 et 2006 comme le montre le Tableau 1:

Tableau 1: Nombre idéal d'enfants

	2001	2006
Femmes		
Ensemble des femmes	6,2	6,3
Femmes en union	6,5	6,4
Hommes		
Ensemble des hommes		7,7
Hommes en union		8,4

Sources: EDS (2001), Tab. 7.5; EDS (2006), Tab. 7.4.

14. En outre, l'utilisation des services de planification familiale n'est montée que très lentement de 2,71% en 2003 à 4,55% en 2009.

Tableau 2: Utilisation des services de PF

Sources	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux d'utilisation (%)	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	4,55

Source: SLIS 2003-2009.

15. Cette dynamique de population devrait influencer toute la discussion sur l'organisation du système de santé, du point de vue de l'offre et l'utilisation des soins en **Chapitre 3** et du soutien aux prestations en **Chapitre 4**, car, non seulement les résultats du passé doivent être réajustés (même si cette évaluation n'a pas pu le faire), les objectifs futurs et leur faisabilité devront aussi être étudiés.

16. **Éléments organisationnels:** Étant donnée l'augmentation des demandes de services par une population croissante, le secteur socio-sanitaire a cherché à adopter au cours de la période du PDDSS les mesures pouvant accroître l'efficacité des méthodes de travail. Les trois aspects suivants, évoqués par le CSLP II, sont pertinents et seront développés davantage dans le **Chapitre 5**:

³ Voir surtout Banque mondiale, Le Mali face au défi démographique (Juin 2009).

- Le développement du partenariat entre l'État et la communauté pour la promotion de la santé communautaire;
- Le renforcement de la solidarité pour la santé à travers une meilleure couverture de l'ensemble de la population en matière de protection sociale et un meilleur accès des plus démunis aux services socio-sanitaires de base;
- La matérialisation de la décentralisation par le transfert des compétences de l'État aux collectivités territoriales et le recentrage en conséquence des responsabilités des niveaux central et régional.

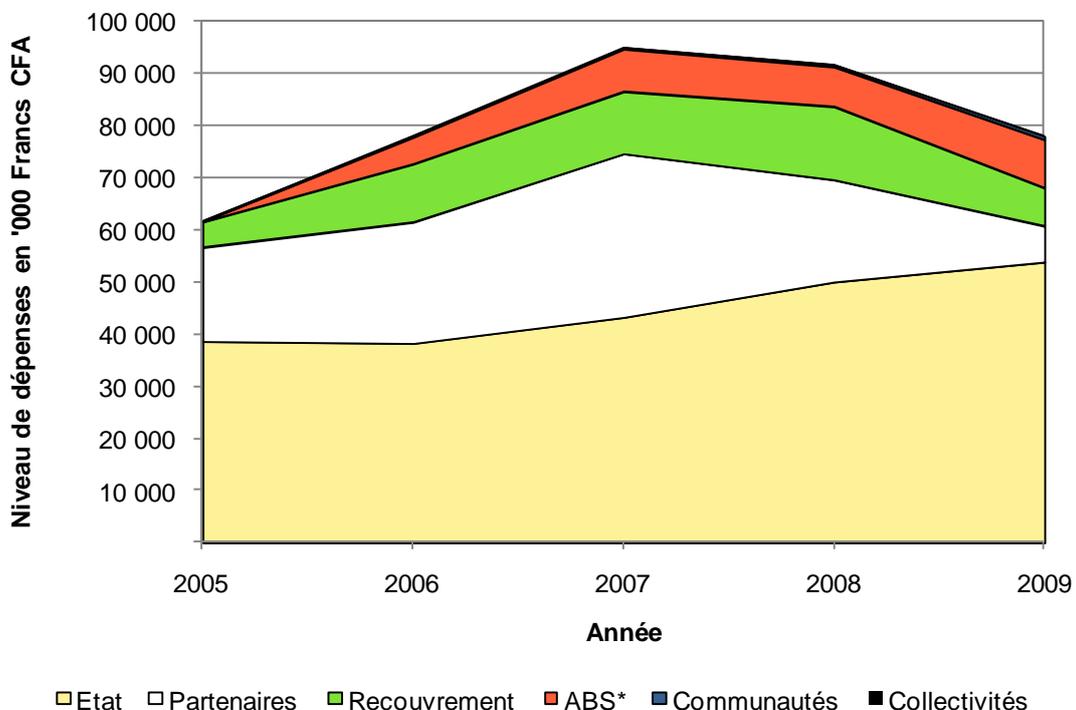
17. Éléments ressources: Au cours du déroulement du PDDSS, comme le montre le **Chapitre 6**, le Mali a bénéficié: (i) d'un accroissement des sources de financement; (ii) d'une augmentation des montants mis à la disposition des secteurs socio-sanitaires; et (iii) de certaines mesures d'assouplissement dans le décaissement des ressources financières, notamment par l'augmentation des ressources financières passant par le canal de l'appui budgétaire, lequel a plus que doublé entre 2007 et 2009.

Tableau 3: Dépenses réalisées par source de financement (en milliers de FCFA)

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
État	38 754	38 379	43 371	50 155	53 981
ABS		5 036	8 037	7 503	9 184
Recouvrements	4 757	11 106	11 965	14 070	7 216
Communautés	246	193	210	355	624
Collectivités	114	386	311	364	471
Partenaires	17 972	23 193	31 330	19 516	6 827
Total	61 844	78 293	95 225	91 962	78 303

Sources: DAF/MS, Rapports annuels; UE, Evolution des aides budgétaires, Annexes, p. 151.

Graphique Tableau 3: Dépenses réalisées par source de financement (en milliers de FCFA)



18. Cependant, depuis 2 ans, la situation financière s'est renversée, laissant ainsi le pays en 2009 quasiment au même niveau de dépenses qu'en 2006; par exemple:

- Le montant des recouvrements est tombé de moitié, peut-être à cause de la généralisation de la gratuité de certains soins et services de santé (tels que les césariennes, les mesures antipaludiques pour les populations fragiles);
- La chute dramatique des dépenses des partenaires, due peut-être aux effets des difficultés avec le Fonds Mondial et GAVI.

19. En outre, l'augmentation constante du montant courant du budget d'État et l'évolution de l'appui budgétaire n'ont pas pu compenser. Par ailleurs, le nombre de pays participant dans l'appui budgétaire a diminué de quatre en 2008 à deux en 2011 et à un seul prévu pour 2012. Ce décroissement dans le financement du secteur rappelle la nécessité de premièrement, mieux maîtriser les flux financiers du secteur socio-sanitaire, deuxièmement, augmenter l'efficacité des allocations budgétaires, troisièmement, développer d'urgence des sources alternatives de financement des prestations socio-sanitaires.

20. Quant aux ressources humaines, le **Chapitre 7** fait état des avancés en termes de recrutement des effectifs et des orientations annoncées dans la PNDRH 2009–2015. Toutefois le chapitre note que les mêmes insuffisances (de méthodes gestionnaires, de formation, de plan de carrière et de motivation, etc.) ont été décelées en 1995 (bien avant la période des PRODESS I, II et Prolongé) et s'interroge sur les possibilités de maîtrise des ressources humaines.

21. Malgré les difficultés rencontrées, le PRODESS représente une réalisation en soi, que ce soit en tant qu'AS, ou bien de cadre de collaboration des partenariats divers, ou bien d'institutions et de procédures pour la gestion des opérations des secteurs sanitaires et sociaux. Ces éléments sont développés davantage dans le **Chapitre 8**.

1.4 ORIENTATIONS FUTURES

22. Afin de rendre compte des résultats des différents PRODESS depuis 1998 et de suggérer des orientations du futur PDDSS, le **Chapitre 9** propose les points essentiels à inclure dans le plan décennal en évaluant les éléments pertinents et l'efficacité de PRODESS actuel afin de suggérer l'orientation de la mise en œuvre du nouveau PDDSS. Précisément, il y a lieu:

- D'examiner la pertinence du PRODESS par rapport à son contenu, à ses structures et à ses méthodes de travail pour améliorer la performance des secteurs socio-sanitaires. Cette préoccupation, partagée par tous les intervenants, a eu comme conséquence une telle multiplicité d'initiatives et d'approches que la vision globale et les objectifs ultimes ont été quelque peu occultés. Un bon nombre d'intervenants résume le PRODESS en termes de la contribution de leur institution et à la réalisation des activités, sans tenir compte des objectifs globaux.
- De mettre davantage d'accent sur la responsabilisation de tous les participants dans la mise en œuvre des programmes, que ce soit sur le plan formel (de définition des rôles et responsabilités) ou de l'obligation de rendre compte. L'AS regroupant tous les acteurs socio-sanitaires a constitué une grande avancée, toutefois des compréhensions différentes persistent parmi les acteurs sur leurs rôles respectifs. Au fil du temps une dilution de la responsabilité des acteurs semble s'être installée.
- De mieux maîtriser l'ensemble des éléments pouvant contribuer à l'amélioration de l'état socio-sanitaire des populations. Malgré les efforts déployés au cours des PRODESS, le Ministère de la Santé et ses partenaires (MDSSPA et MPFEF) n'ont pas acquis la maîtrise suffisante des apports (finances, ressources humaines, etc.) et des processus pouvant contribuer à l'efficacité et la rentabilité du secteur socio-sanitaire.

Cette évaluation doit donc apprécier les éléments du PDDSS et des trois variantes du PRODESS en vue, premièrement, de confirmer et d'analyser les résultats enregistrés au cours des 13 dernières années; deuxièmement, d'identifier et de responsabiliser davantage les acteurs aux différents niveaux afin d'améliorer la performance; troisièmement, d'analyser les blocages afin d'accroître la maîtrise des facteurs pouvant contribuer à la santé des populations; et quatrièmement, d'affirmer une vision pouvant guider le secteur dans le choix des orientations à prendre en compte dans l'élaboration du plan pour la prochaine décennie.

CHAPITRE 2. RÉSULTATS GLOBAUX ENTRE 1998 ET 2010

2.1 CONTEXTE

1. Afin d'apprécier l'atteinte des objectifs du PDDSS au cours de la période 1998–2010, l'évaluation devrait prendre en compte l'évolution des indicateurs de l'impact auprès des populations à travers les EDS et le MICS et des résultats des activités à travers les indicateurs de routine du système national d'informations sanitaires (SNIS).

2.2 INDICATEURS D'IMPACT

2. Avant et au cours de la période du PDDSS, il y a eu trois enquêtes: deux Enquêtes Démographiques et de Santé ou EDS (1996, 2001 et 2006) et une enquête Multi-Indicator Cluster Survey ou MICS (2010). Afin d'avoir une appréciation objective des indicateurs du CSCRП pour la réalisation des OMD, l'évaluation s'est basée sur les résultats des EDS et du MICS en attendant les résultats de la prochaine EDS, lesquels ne seront pas disponibles avant 2012. Les principaux indicateurs d'impact sont les suivants:

- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (OMD 1)
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4);
- Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an (OMD 4);
- Taux de mortalité maternelle (OMD 5);
- Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (OMD 5);
- Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (OMD 6).

3. À partir des différentes enquêtes, cette évaluation examine successivement les résultats du Mali par rapport aux OMD pour les niveaux national et régional, aux objectifs des différents PRODESS, aux quintiles de bien-être économique et par rapport aux résultats des pays voisins.

2.2.1 Résultats par rapport aux OMD

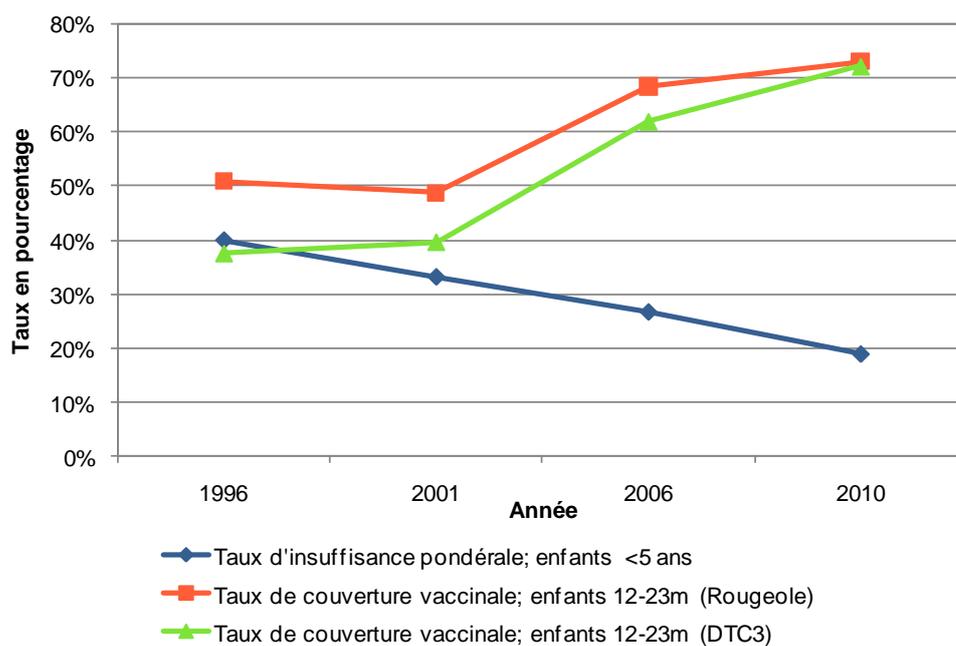
4. Les résultats pour les OMD retenus dans le CSCRП selon les différentes enquêtes EDS (1996, 2001 et 2006) et MICS (2010) sont présentés dans le Tableau 4, ci-apres:

Tableau 4: Résultats du Mali par rapport aux OMD

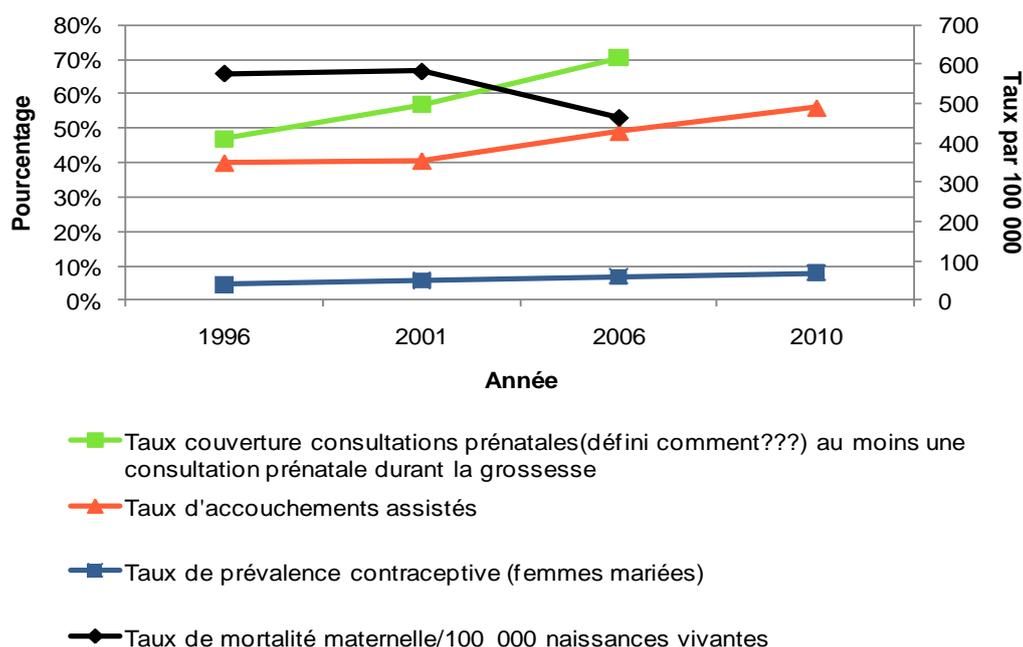
Indicateur	1996 ¹	2001 ²	2006 ³	2015 ⁴
OMD 1				
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)	40,0	33,2	26,7	
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (Rougeole) (%)	50,8	48,7	68,4	
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (DTC3) (%)	37,5	39,6	61,9	
OMD 4				
Tx de mortalité infantile/1.000	122,5	113,4	95,8	83
Tx mortalité infanto-juvénile/1.000	237,5	229,1	190,5	
OMD 5				
Tx de mortalité maternelle/1.00000	577	582	464	300
Tx de soins prénatals (%)	46,9	56,8	70,4	
Tx d'accouchements assistés (%)	40,0	40,6	49,0	
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union) (%)	4,5	5,7	6,9	
OMD 6				
Tx de prévalence du VIH/SIDA/100		1,7	1,3	

Sources: (1) EDS Mali (2) EDS; Mali (3) EDS Mali; (4) MICS.

Graphique 4a Tableau 4: Résultats du Mali pour l'OMD 5



Graphique 4b Tableau 4: Résultats du Mali pour l'OMD 1



5. Globalement, pour tous les indicateurs OMD, on peut constater un progrès entre les années 1998 et 2006 (EDS 2-4) et pour 2010 (MICS 4). Malgré cela, on risque de ne pas atteindre les cibles voulues.

6. Les résultats par rapport aux OMD au niveau des régions du Mali sont présentés en Annexe 2. Comme le montre Tableau 5, le progrès réalisé au niveau régional pour atteindre les OMD varie d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, les régions de Kayes et de Mopti ont fait le plus de progrès, alors que Tombouctou n'en a pas fait autant et, dans certains cas, la région semble même avoir régressé.⁴

Tableau 5: Disparités régionales par rapport au progrès dans la réalisation des OMD

Indicateurs	Plus de progrès		Moins de progrès
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100	Kayes	-42,1%	Tombouctou
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (Rougeole)	Kayes	108,3%	Tombouctou
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (DTC3)	Kayes	280,0%	Tombouctou
Tx de mortalité infantile/1.000	Mopti	-22,2%	Tombouctou
Tx mortalité infanto-juvénile/1.000	Mopti	-30,2%	Sikasso
Tx de soins prénatals	Mopti	144,8%	Tombouctou
Tx d'accouchements assistés	Mopti	60,5%	Tombouctou
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)	Ségou	144,8%	Mopti

Sources: EDS.

2.2.2 Résultats par rapport aux objectifs des PRODESS

7. Une comparaison entre les objectifs successifs des PRODESS et les résultats des enquêtes n'est pas aisée, parce que les PRODESS I et II n'avaient pas établi très clairement les objectifs pour l'ensemble des OMD pour la période. À partir du PRODESS Prolongé, les objectifs ont été mis clairement dans le programme. Au rythme de progression constaté concernant les indicateurs d'impact, les cibles OMD ne seront pas atteintes.

8. Les résultats sont présentés dans Tableau 6, ci-après, qui montre que, pour la plupart, les objectifs du PRODESS I n'ont pas été atteints et ceux du PRODESS Prolongé risquent de ne pas être atteints. Par contre, les objectifs du PRODESS II ont été quasiment atteints. Les objectifs du PRODESS Prolongé semblent en particulier très ambitieux, surtout par rapport aux financements disponibles.

⁴ Puisque les enquêtes de Gao et Kidal ont été combinées avec celles de Tombouctou lors des EDS 2 et 3, il est difficile de désagréger la part des régions.

Tableau 6: Résultats du Mali par rapport aux objectifs des différents PRODESS

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002 ¹	PRODESS II 2005-2009 ²	PRODESS+ 2009-2011 ³	1996 ⁴	2001 ⁵	2006 ⁶	2010 ⁷
OMD 1							
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)			27,0	40,0	33,2	26,7	18,9
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (Rougeole) (%)			>90	50,8	48,7	68,4	73,0
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (DTC3) (%)			>90	37,5	39,6	61,9	72,1
OMD 4							
Tx de mortalité infantile/1.000		93,0	56,0	122,5	113,4	95,8	
Tx mortalité infanto-juvénile/1.000	166,3	211,0	150,0	237,5	229,1	190,5	
OMD 5							
Tx de mortalité maternelle/100.000	404	574	344	577	582	464	
Tx de soins prénatals (%)			86,0	46,9	56,8	70,4	
Tx d'accouchements assistés (%)			65,0	40,0	40,6	49,0	56,0
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union) (%)			10,0	4,5	5,7	6,9	8,0
OMD 6							
Tx de prévalence du VIH/SIDA/100	2,0	1,3	1,0		1,7	1,3	

Sources: (1) p. 3; (2) Annexe 2; (3) pp. 83ff; (4) EDS; (5) EDS; (6) EDS; (7) MICS.

2.2.3 Résultats par rapport aux quintiles de bien-être économique

9. La comparaison des résultats au niveau des quintiles de bien-être économique dans le Tableau 7, ci-après, montre une amélioration des indicateurs pour les plus pauvres ainsi qu'une diminution de l'écart entre les plus pauvres et les plus riches. En effet, la baisse de la mortalité infantile est plus remarquable chez les plus pauvres, passant de 185 en 1996 à 124 pour mille en 2006, alors qu'elle a baissé de 93,6 à 80 pour mille durant la même période pour les plus riches. C'est aussi le cas pour la vaccination, où l'écart du taux de couverture (DTC3) est passé de 50% à 12%, ainsi que pour la consultation prénatale où l'écart a été réduit de 55%. C'est nettement moins le cas pour l'accouchement assisté où l'écart n'a diminué que de 64% à 51%, ou pour le taux de prévalence contraceptive où il est six fois plus probable qu'une femme riche pratique le PF. Bien que les disparités entre pauvres et riches soient bien présentes, il est possible de dire que certains écarts de couverture sanitaire et d'impact ont bien été réduits durant le PDDSS.

Tableau 7: Disparités par quintile de pauvreté par rapport aux OMD

Indicateurs	20% plus pauvre			20% plus riche		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006
OMD 1						
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100			30,8%			17,0%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (DTC3)	17,4%	28,1%	65,1%	67,3%	70,7%	77,4%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12–23m (Rougeole)		58,1%	67,5%		77,6%	78,1%
OMD 4						
Tx de mortalité infantile/1.000	185,1	141,8	124,0	93,6	94,9	80,0
Tx mortalité infanto-juvénile/1.000	322,4	244,6	233,0	163,9	164,8	124,0
OMD 5						
Tx de soins prénatals	25,5%	38,3%	60,7%	82,5%	89,0%	92,6%
Tx d'accouchements assistés	15,7%	20,8%	35,2%	79,5%	84,6%	86,3%
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)			2,8%			16,4%

Sources: EDS.

2.2.4 Résultats par rapport aux pays voisins

10. Afin d'apprécier le progrès du Mali par rapport aux pays voisins au cours de la période 1998–2010, les résultats des EDS pour cinq pays (Burkina Faso, Ghana, Guinée, Niger et Sénégal) ont été comparés à ceux du Mali.⁵ Les résultats se trouvent en Annexe 3. Malheureusement, le nombre d'observations dans les différents pays ne permet pas des conclusions nettes, sauf éventuellement sur l'OMD 4, où le Mali (avec le Niger) a fait un progrès significatif dans la réduction de la mortalité, et l'OMD 5, où le Mali progresse beaucoup plus lentement que les autres pays concernant les accouchements assistés. Autrement, le Mali se classe au milieu des pays voisins, après le Ghana et le Sénégal, en général avant la Guinée et le Niger.

11. Compte tenu des résultats du dernier recensement, l'évaluation a également comparé le Mali aux pays voisins sur le plan démographique. Aucun des pays n'a fait un progrès significatif sur le plan de la maîtrise de la croissance de la population, mais le taux de fécondité du Mali est resté à un niveau élevé tout au long de la période 1998–2010.

2.3 INDICATEURS DE ROUTINE

12. Les Ministères de la Santé et du Développement Social ont des systèmes de collecte de données de routine. Le système du Ministère de la Santé remonte à l'année 1998, avec une bonne partie des mêmes indicateurs actualisée chaque année, tandis que le système du Ministère du Développement Social ne remonte qu'à 2005 et les indicateurs n'adoptent pas toujours la même formulation chaque année.

2.3.1 Ministère de la Santé

13. La lecture des indicateurs présentés dans les systèmes local d'information sanitaire (SLIS), les SIH et (depuis 2008) le SNIS posent certains problèmes dus:

- Aux écarts entre les résultats des EDS et les résultats du SLIS pour les taux de couverture vaccinale, de CPN et d'accouchement assisté;
- À la manière de cueillir et d'agréer les données qui peut varier d'une année à l'autre, ce qui réduit la comparabilité des résultats du SNIS; et
- Aux résultats du dernier recensement qui remettent en cause les indicateurs calculés à partir des estimations de la population.

14. Malgré ces difficultés, les indicateurs de routine compris dans le canevas commun, tels que réunis au cours de l'évaluation, sont présentés en Annexes 4 et 5. Les résultats permettent une appréciation du progrès par rapport aux objectifs des PRODESS et une comparaison des disparités régionales.

15. **Appréciation du progrès par rapport aux PRODESS:** Selon une analyse des indicateurs de routine, 58% se sont améliorés annuellement au cours des PRODESS II et PRODESS II Prolongé, tandis que 10% se sont améliorés mais de manière irrégulière et 26% ne se sont pas améliorés.

16. Par rapport aux objectifs des PRODESS successifs, le ministère n'a pas pu réaliser les objectifs prévus lors du PRODESS I, mais pour le PRODESS II, les réalisations dépassent les objectifs établis au départ. Pour 2011, les données ne sont pas encore disponibles, mais une partie des objectifs a déjà été réalisé.

⁵ Le Ghana a remplacé la Côte d'Ivoire dans les comparaisons à cause des difficultés de ce pays au cours de la période en question.

Tableau 8: Résultats du Mali par rapport à certains objectifs des différents PRODESS/Santé

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002 ¹	PRODESS II 2005-2009 ²	PRODESS+ 2009-2011 ³	2002 ⁴	2005 ⁵	2007 ⁶	2009 ⁷
Volet 1: Accessibilité							
Tx de couverture de la population <5 km (%)	45.0	56.0	64.0	41.0	50.4	57.6	56.8
Volet 4: Qualité							
Tx d'accouchement assisté (%)		60,0	49,0	40,0	52,7	57,9	63,5
Tx d'utilisation de la CPN (%)	80	80	86	54,0	74,7	78,5	89,7
Proportion d'enfants complètement vaccinés (DTCP3) (%)	80	94	>90	74,0	91,0	69,3	100,7
Tx de couverture vaccinale des enfants <1 en (rougeole) (%)		92	>90	64,0	78,0	89,0	98,0
Tx d'utilisation des soins curatifs (%)	0,50	0,35	0,34	0,21	0,26	0,29	0,33
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union) (%)	15	15					
Tx d'utilisation des services de PF (%)				2,98	3,16	4,17	4,55

Sources: (1) p. 3; (2) Annexe 2; (3) pp. 83ff; (4) SLIS; (5) SLIS; (6) SLIS; (7) SLIS.

17. **Disparités régionales:** La présentation des indicateurs de routine en Annexe 5 fait apparaître les disparités entre les Zones 1, 2 et 3. Pour tous les indicateurs (sauf ceux liés aux coûts des prestations), la Zone 3 (District de Bamako) est la zone/région la plus performante du Mali. Entre la Zone 2 et la Zone 3 il y a une anomalie dans la mesure où les indicateurs d'accessibilité (distance, ratio des ressources humaines, etc.) sont en faveur de la Zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), tandis que les indicateurs d'utilisation des services (sauf la consultation curative) sont en faveur de la Zone 1 (Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso). La différence est surtout nette pour les accouchements assistés.

2.3.2 Ministère du Développement Social

18. Pendant le PRODESS I, les interventions spécifiques au développement social ont été regroupées dans deux des cinq volets, l'un concernant la lutte contre l'exclusion sociale et l'autre concernant le développement des financements alternatifs de la santé. En 2000, le Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la solidarité (MSPAS) a été scindé en deux ministères: le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA). En 2001, à la suite des premières assises du développement social (tenues à Ségou), le Gouvernement a adopté les grandes orientations qui ont été organisées lors de la programmation du PRODESS II dans une composante Développement Social comprenant cinq volets.

19. Appréciation du progrès Tandis que le système d'information sanitaire a rapidement décollé (SLIS, SAE, SIH, etc.), la mise en place d'un système d'informations sociales (SISO) s'est mis en place progressivement avec, premièrement, la définition des indicateurs sociaux (1999); deuxièmement, l'harmonisation des indicateurs et supports de collecte et l'élaboration du manuel (2002); et troisièmement, la validation du manuel (avec les supports de collecte et des canevas de rapports) et le démarrage de la formation des utilisateurs. Les informations disponibles depuis 2005 sont présentées en détail dans les Annexes 6 et 7.

⁶ Les régions sont classées en niveaux de pauvreté selon les critères arrêtés par le PRODESS.

20. Comme le montre le Tableau 9, ci-après, la composante de développement social ne s'était pas fixé beaucoup d'indicateurs chiffrés avant l'adoption du PRODESS Prolongé. Les résultats pour les principaux indicateurs retenus dans le cadre commun sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9: Résultats du Mali par rapport à certains objectifs des différents PRODESS/Développement Social

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002 ¹	PRODESS II 2005-2009 ²	PRODESS+ 2009-2011 ³	2002 ⁴	2005 ⁵	2007 ⁶	2009 ⁷
Volet I: Solidarité/Lutte contre l'exclusion sociale							
Tx de promotion sociale des handicapés recensés	70,0%						
Taux de satisfaction en besoin d'appareillage			100,0%	25,4%	51,0%	100,0%	
Tx de satisfaction des demandes des personnes âgées			125,0%		64,4%	78,0%	
Tx de prise en charge des personnes démunies	>80,0%		90,0%	19,7%	48,0%	56,7%	
Tx d'enfants en situation difficile réinsérés			43,1%	35,7%	58,0%	63,1%	
Volet II: Lutte contre la pauvreté							
Volet III: Protection sociale							
Tx d'appui aux initiateurs de mutuelles	100,0%						
Tx de couverture par des systèmes d'assurance maladie		3,00%					
% de la population couverte par les mutuelles			4,8%	1,3%	2,4%	3,5%	
% de la population couverte par les mutuelles de santé			4,0%	1,4%	1,7%	3,0%	
Volet IV: Renforcement des capacités							
Tx d'ASACO fonctionnelles			94,0%	68,4%	76,7%	90,0%	
Tx des sociétés coopératives fonctionnelles			43,5%		19,4%	39,4%	

Sources: (1) pp. 4-5; (2) pp. 53; (3) pp. 14-15; (4) PRODESS II; (5) Prolongé; (6) Dév. Soc.; (7) pp. 45-47.

21. Selon une analyse de l'ensemble des indicateurs de routine, la quasi-totalité s'est améliorée depuis 2005.

22. **Disparités régionales:** La présentation des indicateurs de routine en Annexe 7 fait apparaître les disparités entre les Zones 1, 2 et 3. Cependant, les informations provenant des régions sont peu disponibles et méritent une analyse plus fine de leur exactitude.

CHAPITRE 3. OFFRE ET UTILISATION DES SERVICES

3.1 SITUATION AU DÉBUT DU PDDSS

1. Inspirée de l'Initiative de Bamako, la Politique Sectorielle de Santé adoptée en 1990, avait orienté une réforme majeure du système de santé au Mali. Le partenariat État/communauté y constituait un élément clef et novateur pour le développement du concept de centre de santé communautaire (CSCoM) géré par une association de santé communautaire (ASCO) et de l'extension géographique progressive du nouveau modèle à l'ensemble du pays. Le souffle démocratique de la troisième république a porté vers la maturité et l'appropriation des stratégies et des instruments de la mise en œuvre. La politique de décentralisation a, de son côté, façonné le cadre dans lequel devait se déployer la politique sectorielle de santé (1997).

2. Le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) fut l'instrument privilégié de la mise en œuvre de la politique sectorielle. Il impliquait les principaux partenaires du secteur (Banque Mondiale [BM], UNICEF, KFW, Commission européenne [CE], CF, USAID) dans le même cadre programmatique, de financement, de suivi et de revues annuelles. Ce faisant, le PSPHR a posé les fondations de l'AS du PRODESS I et a inspiré des approches similaires dans d'autres pays.

3. Parmi les stratégies et les instruments développés durant cette période et dont l'utilisation dynamique s'est poursuivie durant le PDDSS, il faut citer:

- Le financement des Plans Socio-Sanitaires de Cercles (Districts) proposant une extension de la couverture sanitaire reposant sur une carte sanitaire découpant le district en aires de santé potentielles à négocier avec les communautés;
- Les premiers CSCoM tests réussis et faisant rapidement la différence entre les couvertures préventives et curatives;
- Le premier modèle de convention entre les ASACO et le MSP pour la gestion des CSCoM;
- Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) est défini et comprend une liste minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles devant être disponibles dans un CSCoM. Il sert de référence dans le cadre de la convention État/ASACO;
- Les premiers modèles réussis d'organisation de la référence utilisant les soins obstétricaux urgents comme porte d'entrée (Bla, Djénné, Kolondiéba, Koulikoro);
- Le développement du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) pour soutenir l'intégration et la décentralisation des services de santé, ainsi que du DESAM, qui en est le logiciel de gestion;
- Les premières étapes du processus de la réforme pharmaceutique: la PPM transformée en EPIC (1993), contrat plan État/PPM, libéralisation de l'importation des médicaments et création du Groupement d'intérêt économique (GIE).

4. Des changements majeurs sont survenus, des modèles furent testés et développés durant les années 1990. Toutefois les effets sur la santé de la population sont restés insignifiants ou étaient limités aux aires de santé ayant bénéficié de la création des CSCoMs. Grâce à l'extension de la couverture géographique du pays par les CSCoMs, au système de référence et à la poursuite de la dynamique de réforme dans le secteur santé, le PDDSS devait concrétiser les bénéfices attendus pour la santé de la population du Mali.

3.2 ACCESSIBILITÉ, DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DU PMA

5. Durant le PDDSS la population vivant à moins de 5 km d'un CSCoM a presque doublé, passant de 29% et 345 CSCoM en 1998 à 57% et 993 CSCoM en 2009.

Tableau 10: Évolution du nombre de CSCoMs et du pourcentage de la population à <5 km couverte

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de CSCoM	345	438	488	553	615	667	715	796	873	924	962	993
% de la population couverte	29,0	33,0	35,8	38,0	41,0	44,8	47,9	50,4	51,4	57,6	58,2	56,8
Zone 1			30,9			39,8	40,5	44,2	44,3	52,9	53,0	50,8
Zone 2			26,3			32,6	38,5	40,9	44,1	47,7	49,0	52,1
Zone 3			85,6			96,8	106,7	102,3	102,4	99,5	99,5	93,7

Source: SLIS 1998-2009

6. L'accessibilité financière est soutenue par les stratégies et les subventions de l'État comme (i) la contribution aux salaires du personnel de la santé; (ii) la mise à disposition gratuite pour les activités préventives; (iii) la mise à disposition gratuite des médicaments et des tests dans le cadre des programmes nationaux (antipaludiques, VIH/SIDA); (iv) la politique pharmaceutique nationale, en particulier la disponibilité de médicaments génériques et l'utilisation rationnelle des médicaments; (v) la formation et la supervision du personnel de santé.

7. La disponibilité du PMA dans les CSCoM est fortement liée à la disponibilité de personnel qualifié. Elle fut nettement améliorée durant le PRODESS II avec plus de 97% de CSCoM comptant au moins un infirmier qualifié en 2009. Durant la période du PRODESS I, le développement des infrastructures avait précédé celui des ressources humaines avec des conséquences négatives sur la disponibilité effective du PMA.

8. Un nombre croissant de CSCoM est dirigé techniquement par un médecin. À Bamako tous les CSCoM sont médicalisés. La proportion de CSCoM ayant un médecin est importante dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Sikasso (entre 19% et 28% en 2010), mais elle reste basse à Tombouctou et insignifiante à Gao et Kidal. La médicalisation des CSCoM a entraîné une évolution du contenu du PMA et parfois du niveau d'équipement du CSCoM plus en relation avec les appuis des PTF, plutôt qu'avec des normes agréées.

9. Le PMA a évolué en fonction de l'évolution des stratégies des programmes nationaux. Il n'y a pas eu une procédure formelle et agréée de mise à jour. Le PMA reste adapté aux problèmes de santé au Mali reflétés par les motifs de consultations. En 2009 le paludisme représentait la première cause de consultation avec 55,8%, suivi par les épisodes de toux simple de moins de 15 jours (12,2%) et des cas de diarrhées (7%). Toutefois, des maladies chroniques occupent une proportion grandissante, comme l'hypertension artérielle (3,8%) et le diabète. Par ailleurs, il faut signaler les maladies cancéreuses dont la prise en charge en milieu hospitalier spécialisé dans le pays et en dehors du pays mobilise une part grandissante des ressources.

10. La morbidité au Mali reste encore dominée par les maladies infectieuses et une vulnérabilité persistante due aux carences nutritionnelles, en particulier chez les enfants et les femmes en âge de procréer. Toutefois on constate une importance grandissante des maladies chroniques par rapport à l'espérance de vie de la population et à l'évolution des modes de vies.

11. Durant le plan décennal, le contenu du PMA a évolué avec de nouvelles stratégies et protocoles de prise en charge (PCIME, Paludisme, CPN+). D'autres activités, comme le

dépistage du VIH, l'assistance conseillère et la PTME devaient obéir à des critères techniques pour leur extension. Le Tableau 11, ci-après, montre la progression en ce qui concerne le dépistage du VIH et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH.

**Tableau 11: Progression de la mise en œuvre du dépistage du VIH et de la PTME
(nombre de structures de santé)**

Activité	2001	2004	2008	2009
Dépistage VIH	1	23	178	243
PTME	1	34	172	243

Source: SNIS.

12. L'augmentation importante de l'accessibilité géographique et de la disponibilité du PMA a sans aucun doute contribué à:

- L'amélioration à des degrés divers des couvertures préventives, comme la vaccination des enfants, des consultations prénatales, les accouchements assistés, et l'utilisation des moustiquaires imprégnées);
- L'augmentation de la fréquentation de la consultation curative primaire (CCP) qui est passée de 0,18 nouveau cas par habitant par an (NC/hab/an) en 1998 à 0,33 NC/hab/an en 2009. Toutefois, celle-ci reste très loin des normes OMS d'utilisation (1NC/hab/an).

Tableau 12: Évolution du taux de la fréquentation de la CCP

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de CCP (%)			0,17	0,19	0,21	0,23	0,25	0,26	0,26	0,29	0,29	0,33
Zone 1			0,15			0,20	0,23	0,23	0,24	0,26	0,27	0,32
Zone 2			0,15			0,23	0,24	0,26	0,28	0,30	0,31	0,32
Zone 3			0,26			0,39	0,35	0,37	0,35	0,38	0,38	0,44

Source: SLIS 1998-2009

13. Une analyse plus approfondie montre que les améliorations importantes durant le plan décennal recèlent de disparités et d'insuffisances importantes et butent contre des obstacles structurels:

- Les régions qui avaient l'accessibilité géographique aux prestations des services de santé la plus basse au début du plan décennal (Kayes, Kidal, Koulikoro, Gao, Mopti, Tombouctou) ont pu bénéficier d'un appui particulier durant le PRODESS II. Toutefois la progression ainsi réalisée rencontre des obstacles inhérents à la dispersion, à la mobilité des populations et à l'enclavement saisonnier. Ces facteurs justifient des approches spécifiques pour assurer une couverture sanitaire adéquate: une stratégie avancée renforcée, des équipes mobiles, des Agents de Santé Communautaire qualifiés.
- L'accessibilité financière aux soins et médicaments reste problématique. Environ 52,2% des femmes (dont 32,2% dans le quintile des plus riches et 59,6% dans celui des plus pauvres selon l'EDS IV) ont déclaré que leurs finances jouent un rôle dans le choix de prestations. Pour celles qui ont eu recours aux soins dans un CSCom, 20,5% n'ont pas acheté les médicaments prescrits ou les ont achetés partiellement. D'autre part le prix moyen de l'ordonnance prescrite dans un CSCom montre une tendance haussière passant de 1,218 FCFA en 2005 à 1,430 FCFA en 2009 (SLIS). L'observation de terrain a montré que les ordonnances excessivement chères sont fréquentes (4 à 6 mille FCFA) et ne sont souvent pas justifiées sur le plan médical.
- Les disparités régionales affectent la disponibilité effective du PMA. En effet, dans les régions de Kayes et de Tombouctou, respectivement 16,15% et 25,5% des CSComs sont encore dirigés par des auxiliaires de la santé et la très faible présence d'infirmières obstétricales et/ou de sages-femmes dans les zones rurales.

- Les disparités régionales affectent aussi la fréquentation de la consultation en médecine préventive, avec 0.24 NC/hab/an à Mopti et 0.61 NC/hab/an à Bamako en 2009 (voir Annexe 5). Mais la disparité la plus importante est cachée derrière la moyenne des chiffres disponibles qui ne distinguent pas les fréquentations respectives des populations vivant à moins de et à plus de 5 km d'un CSCoM. En effet, la fréquentation des populations vivant à moins de 5 km d'un CSCoM est très nettement supérieure à celle des populations vivant à plus de 5 km d'un CSCoM. Les estimations calculées lors de la visite sur le terrain ont montré des différences pouvant aller de 40 à 400%, confirmant l'information connue depuis les tests des premiers modèles de CSCoM durant les années 1990. Dans le contexte malien, connu pour la dispersion et la faible densité ainsi que pour le manque de mobilité dans de nombreuses régions, cette disparité a une dimension structurelle. Compte tenu des moyens existants ou prévisibles dans le moyen terme, la poursuite de l'extension géographique des CSCoM au même rythme ne suffira pas pour apporter des solutions au problème.⁷ Des stratégies spécifiques et adaptées aux différents contextes devraient compléter le réseau de CSCoM.
- Le recours au tradipraticien est un comportement largement répandu au Mali et affecte inévitablement la fréquentation des CSCoM. Dans l'aire de santé de Ouou (Bandiagara), le guérisseur/la guérisseuse ou le tradipraticien/la tradipraticienne semble constituer un passage menant vers le CSCoM. Il semble exister une bonne collaboration entre les deux modes de pratiques médicales.
- L'amélioration de l'accessibilité géographique au PMA comportait des problèmes importants qui ont affecté négativement le fonctionnement des CSCoM. Dans un premier temps, durant le PRODESS I, la mise en œuvre du volet génie civil n'avait pas tenu compte de la grave pénurie structurelle du personnel qualifié. Il a fallu quelques années pour rendre fonctionnels les nouveaux CSCoM et maintenir celle des anciens. La délégation du volet génie civil aux collectivités locales (telles que l'Agence nationale d'investissement des collectivités territoriales [ANICT]) dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, ne comprenait pas des ressources requises de concertation et de coordination entre les collectivités locales et les services techniques de santé et d'action sociale. Il en a résulté un manque d'infrastructures qui, non seulement ne respectait pas les plans types agréés, mais ne reposait pas sur une approche communautaire préalable. Le manque de formation et d'information appropriée caractérisaient l'ensemble des acteurs (au niveau des communes, de l'ASACO, du personnel du CSCoM). Le plus souvent c'est après la réalisation de l'infrastructure que l'équipe socio-sanitaire du district s'est impliquée et a apporté son soutien à posteriori pour l'approche communautaire, la création de l'ASACO, le choix d'implantation du CSCoM, et la planification des plans opérationnels. Ce problème a été souligné dans les trois régions visitées où des situations problématiques résultantes du manque de coordination entre les collectivités locales et les services techniques sévissent.
- La carte sanitaire confirmée par la Loi d'Orientation sur la Santé 02-049 (2002) définit le concept de district sanitaire, les aires de santé et le principe de la carte sanitaire. Le Décret 02-314 fixe le détail des compétences transférées aux communes et aux cercles en matière de santé. La carte sanitaire est un projet agréé d'extension de couverture. Elle est normalement négociable sur la base de critères et de principes prenant en compte la viabilité et l'équité pour tout CSCoM à créer. 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 sanitaire.
- La médicalisation croissante des CSCoM était rendue possible grâce à une production d'un nombre important de médecins à partir de la deuxième partie du plan décennal d'une

⁷ Comme le montre le Tableau 10, une augmentation de 25% dans le nombre de CSCoM depuis 2005 n'a augmenté la couverture des populations de moins de 5 kilomètres que de 6,2%.

part, et au financement PPTTE d'autre part. Une analyse comparative rapide des indicateurs clefs entre les CSCCom avec et sans médecins dans les trois districts sanitaires visités ne montre pas la valeur ajoutée de la médicalisation. Les indicateurs utilisés ne cernent pas tous les apports attendus de la médicalisation, mais on doit s'attendre à ce que celle-ci produise une augmentation de la fréquentation de la consultation préventive. Ce constat est confirmé par d'autres évaluations. L'observation directe d'un CSCCom dirigé par un médecin a révélé le cas, fréquent ces dernières années, de jeunes médecins affectés à un CSCCom sur financement PPTTE et n'ayant été ni formés ni préparés à travailler et à diriger techniquement un CSCCom. À considérer également est l'importance de la subvention de l'État qui fournit le salaire du médecin dans la perspective d'extension de pérennité et d'équité, ainsi que des principes qui régissent le partenariat de l'État, la commune, et l'ASACO.

- Parmi toutes les activités préventives du PMA, la promotion de l'espacement des naissances et du planning familial (PF) reste à des niveaux très bas, alors que les besoins non satisfaits en espacement de naissance avoisinent les 31%.

Tableau 13: Évolution du taux de la fréquentation des services de planning familial (PF)

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de PF (%)			2,46	3,30	2,98	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	4,55
Zone 1			2,60			3,01	2,50	3,32	4,13	4,09	4,35	4,71
Zone 2			1,05			1,16	1,22	2,03	2,56	4,24	2,89	3,22
Zone 3			4,57			4,08	3,82	4,41	3,97	4,45	4,55	5,99

Source: SLIS 1998-2009

14. Si 73% des CSCCom offrent au moins trois méthodes de contraceptions, une rupture de stock en contraceptifs est rapportée dans 53% des CSCCom durant les six mois qui ont précédé une enquête réalisée en 2010 avec l'appui du Fonds des Nations-Unis pour les Activités de Population (FNUAP). Ceci ne peut qu'affecter négativement la continuité et la progression de la demande. L'observation sur le terrain a montré l'existence quasi-systématique d'occasions manquées en relation avec l'organisation des soins, l'absence d'un moment de confidentialité dans la relation entre la mère et le prestataire durant la consultation, ainsi qu'une utilisation « administrative » des fiches opérationnelles. L'absence de tableau de bord dédié au PF dans trois des quatre CSCCom visités pourrait être considérée comme un indicateur de l'intérêt accordé au PF.

3.3 SOINS ESSENTIELS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

15. En dépit des progrès très importants de l'augmentation de l'accessibilité géographique, plus de 40% de la population du Mali vit encore à plus de 5 km d'un CSCCom. La distance pour accéder aux soins est considérée un problème par 38% des femmes et, respectivement, par 17% et 50% du quintile des plus riches et de celui des plus pauvres (EDS [year]). La situation de l'accessibilité géographique ne va pas s'améliorer rapidement dans un avenir prévisible. Elle risque d'évoluer par l'accélération de l'urbanisation qui dépassera la création de nouveaux CSCCom. La stratégie avancée du PMA, même renforcée, ne sera pas suffisante pour répondre aux besoins vitaux des populations éloignées des services de santé, et encore moins pour la réalisation des OMDs.

16. Sur la base d'expérience pionnières dans de nombreuses régions et de nombreux projets innovants, le Mali a développé et adopté une stratégie nationale de soins de santé essentiels au niveau communautaire. Articulés autour du CSCCom et complétant la stratégie avancée du PMA, les soins essentiels dans la communauté reposent sur les 'relais' et les 'agents de santé communautaire' (ASC).

17. Étant un membre de la communauté qui consacre une partie de son temps à initier et à soutenir des actions de promotion et de prévention pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le relais peut contribuer aux programmes de santé. Sur la base de critères bien définis, il/elle est choisi(e) de façon participative par la population, alors que l'agent de santé communautaire, sélectionné(e) sur la base de critères plus exigeants en matière d'éducation de base et d'une formation appropriée, est appelé à faire partie de l'équipe de soins de l'aire de santé. Dans les endroits où les soins essentiels dans la communauté ont été mis en place, un effet visible est rapporté par les acteurs locaux, en particulier concernant la baisse constatée de cas graves de paludisme chez les enfants. Malheureusement, les expériences sont peu ou pas documentées. Par conséquent elles ne fournissent pas les preuves d'efficacité dans la perspective de mobiliser les appuis nécessaires à leur extension dans le pays et pour leur pérennité.

18. La stratégie nationale des soins essentiels dans la communauté ne comprend pas une étude sur la faisabilité et les conditions de viabilité dans la perspective du passage à échelle de la stratégie dans l'ensemble du pays. En particulier les coûts induits par la stratégie (investissement et maintien) et leur partage restent peu ou pas développés. Ils sont tributaires de l'engagement des PTFs et de celui des ASACO. Le médecin chef du district de San a estimé à 21 millions de FCFA/an les besoins pour financer les ASC du district, et à 79 millions de FCFA/an les besoins si une motivation financière des relais devait être prise en charge. Ces sommes importantes devraient être considérées dans le cadre plus global du financement de la santé du district, des priorités à moyen terme et des lignes de partage entre les différents acteurs et partenaires.

19. La visite de terrain et les discussions ont permis de constater des approches différentes dans la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté, en fonction du partenaire d'appui technique et financier. Les différences concernent surtout les modalités de motivation lesquelles se démarquent des principes énoncés par la stratégie nationale, en particulier concernant la motivation financière du relais. Des précédents ont ainsi été créés qui ne prennent pas suffisamment en compte l'appropriation par les communautés et la pérennité de la stratégie.

3.4 SYSTÈME DE RÉFÉRENCE

20. Durant les PRODESS I et II tous les Centres de Santé de Référence ont bénéficié de travaux de réhabilitation et/ou de renforcement des équipements, en particulier ceux permettant (i) la mise en place d'un système d'évacuation/de référence dans le district (ambulance, système de radiocommunication avec les CSCOM), et (ii) la prise en charge des urgences obstétricales et néo-natales. En 2009, sur les 59 districts sanitaires, 56 assuraient l'offre des Soins Obstétricaux et Néo-nataux Urgents de Base (SONUB) et 51 les Soins obstétricaux et néo-nataux Urgents Complets (SONUC).

21. Un système de solidarité et de partage des coûts d'évacuation était en place dans 48 des districts en 200; il est passé à 86% en 2007 (comités de conseils de cercle (CCC), ASACO, mairies, partenaires). La compétence chirurgicale est présente au sein de l'équipe médicale. Elle est beaucoup moins tributaire de la présence/l'absence du médecin chef de district qu'auparavant. Le recrutement de jeunes médecins pour renforcer l'équipe de district d'une part, et la formation complémentaire en chirurgie assurée dans le cadre de la collaboration avec les hôpitaux régionaux, d'autre part, ont facilité cette importante avancée.

22. La prise en charge des urgences obstétricales et néo-natales a bénéficié de l'engagement politique du Mali, qui avait institué la gratuité pour la césarienne et avait pris les dispositions concrètes pour la mise en œuvre. L'adoption de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale en 2007 donnait un cadre commun de programmation, de mise en œuvre et de suivi dans la perspective de la réalisation des OMD en la matière.

Le dispositif a imprimé une tendance vers l'augmentation progressive du taux de réalisation de césariennes rapporté aux naissances attendues passant de chiffres nettement inférieurs de 1% à la fin des années 1990 à 2,33% en 2009.

- Les observations du terrain et les discussions avec les différents acteurs ont toutefois révélé les obstacles persistants pour la survie de la mère et du nouveau né; ils sont les suivants:
- La quasi-absence de système organisé d'évacuation village-CSCoM, même si des expériences peu ou pas répandues existent ici ou là avec des motos-ambulances;
- Le système de radiocommunication était en panne presque partout à cause des batteries non réparées ou remplacées, la communication se faisant au GSM et au gré de la disponibilité du réseau; et
- Le système de solidarité pour les évacuations est peu ou pas fonctionnel dans de nombreux districts avec (i) un taux de recouvrement des sommes attendues par ce mécanisme de solidarité étant seulement 21% en 2009 (8% à Tombouctou et 45% à Koulikoro), et (ii) une sorte d'immobilisme prévaut dans l'attente du paiement par chaque partenaire de sa contribution (CCC, communes, ASACO). Il arrive que les communes et ASACO qui ont payés leurs contributions se voient lésées par un défaut de fonctionnement d'ensemble de la caisse de solidarité (Bandiagara).

23. Les femmes sont ainsi très souvent exposées à l'obstacle financier du transport. Le prix à payer pour une évacuation pouvant atteindre et dépasser les 20.000 FCFA. La réalité est que la gratuité ne commence effectivement que quand la femme arrive enfin au Centre de Santé de référence après un parcours dissuasif et semé d'obstacles.

24. Les expériences pilotes pour l'organisation du système de référence avaient montré l'importance du facteur de l'accessibilité géographique de la référence et son effet sur la couverture en matière de soins obstétricaux urgents. Le taux de césariennes, qui était généralement nettement inférieur à 1%, était deux ou trois fois plus pour les femmes qui habitaient loin du CSRéf. À San, nous avons estimé pour l'année 2010 le taux de césariennes à 0,75% des naissances attendues; ce taux était respectivement de 1,3% pour les naissances attendues dans la population vivant à moins de 25 km du CSRéf, et de 0,6% pour les populations vivant à plus 25 km du CSRéf.

25. Au niveau du CSRéf, une des causes des plus fréquentes de décès est en relation avec l'hémorragie. Bien que équipé et disposant des compétences pour conserver et faire des transfusions, les dons et l'utilisation du système ne permettent pas de répondre aux besoins.

26. Enfin et ce n'est pas le moins important de facteurs, les disparités dans la répartition régionales du personnel qualifié, en particulier les sages-femmes et les infirmières obstétricales handicapent lourdement les régions qui en sont dépourvues.

27. Si les mécanismes et les stratégies mise en place pour surmonter l'obstacle géographique et pour réduire les délais des évacuations et des réponses aux urgences obstétricales ne sont pas fonctionnels c'est l'efficacité d'ensemble de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale qui en est affectée. L'impact de la gratuité de la césarienne n'en sera que limité.

3.5 LES HÔPITAUX DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

28. Le Mali compte sept hôpitaux de deuxième référence situés dans sept régions et cinq hôpitaux nationaux de troisième référence situés dans le district de Bamako. Les hôpitaux de districts ou Centres de Santé de Référence (première référence) ne sont pas classés dans la même catégorie. Les hôpitaux régionaux assurent la deuxième référence et les hôpitaux

nationaux assurent la troisième référence. Avec la Loi 02-050 du 22 juillet 2002 donnait aux hôpitaux le statut d'Établissement Public Hospitalier (EPH) et leur conférait l'autonomie de gestion. La loi matérialisait une étape importante dans le processus promu par la mission d'appui à la réforme hospitalière (Décret 99-105 /PM-RM du 19 mai 1999). Elle dégageait ainsi les perspectives pour une gestion performante. Chaque hôpital avait élaboré un projet d'établissement. Celui-ci définissait une vision du développement de l'hôpital à moyen terme et programmait dans les plans opérationnels (PO) les activités et les ressources pour y parvenir.

29. Une dynamique d'accompagnement fut ainsi créée avec la promotion du concept de contrat selon la performance. Celui-ci, sur la base de principes et d'indicateurs bien définis couvrant aussi bien la gestion, la qualité des prestations, la sécurité des patients que l'hygiène hospitalière, ouvrait la possibilité à des incitations financières de l'État sur la base de résultats constatés; l'ANEH jouant le rôle d'institution indépendante d'accompagnement et d'évaluation.

30. Le choix de la modalité d'appui budgétaire global et exclusif fait par la BM, bien que ne remettant pas en cause la poursuite de l'expérience, semble avoir eu un effet de ralentissement. Le retard, constaté pour la promulgation des instruments réglementaires et d'application découlant de la loi sur la réforme hospitalière, n'a pas contribué à soutenir la dynamique.

31. Les projets d'établissement furent de qualité variables, leurs mises en œuvre insuffisantes et leurs évaluations difficiles. L'ANEH a organisé un atelier en 2010 pour harmoniser les projets d'établissements et en faciliter les évaluations dans la perspective du nouveau plan décennal.

32. Les constats suivants sont à souligner sur la situation et le fonctionnement des hôpitaux:

- Le sommet que les hôpitaux constituent ne repose que très partiellement sur le reste de la pyramide sanitaire, tellement les taux de malades référés est bas, voire pratiquement nul à l'hôpital Gabriel Touré. Le Point G fait 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) La situation illustre une utilisation loin d'être conforme aux rôles respectifs définis pour chaque niveau de référence. Ceci n'est pas sans affecter l'efficacité et la rentabilité de l'ensemble du système de santé.
- Les taux de mortalités hospitalières observées en 2009 avec respectivement 10,9% et 5,70% pour les hôpitaux et pour les CSRéf sont très élevés et posent des questions sur les conditions d'accès et de prise en charge dans les hôpitaux.

33. L'autonomie de la gestion a amélioré bien des aspects dans le fonctionnement de l'hôpital: (i) avec des dépôts de médicaments qui ne souffrent plus, comme par le passé, de pénuries chroniques; (ii) des blocs opératoires fonctionnels et des explorations para-cliniques disponibles; (iii) un personnel plus nombreux et plus diversifié; (iv) un système de motivation du personnel sur la base des recettes de recouvrement, mais, malheureusement, non lié aux performances; (v) des mécanismes de concertation qui semblent fonctionner. Cependant, des insuffisances notoires persistent. Elles concernent essentiellement: (i) la qualité des soins et la prise en compte effective de la satisfaction adéquate des utilisateurs; (ii) l'hygiène hospitalière et la sécurité des patients restent un problème insuffisamment traité; (iii) le recouvrement des coûts génère des ressources importantes (plus de 30% du budget de fonctionnement à l'hôpital de Mopti) mais le système de gestion n'est pas standardisé et souffre d'insuffisances importantes rapportées dans les rapports d'évaluations; (iv) le système d'information est inadéquat et insuffisant alors que le Mali dispose à l'IOTA d'un modèle informatique moderne et fonctionnel (v) l'absence d'unité technique au sein de tutelle a affecté l'accompagnement 'expert' de la réforme ainsi que la mise à jour et/ou la production de nouvelles normes

techniques de référence concernant tous les domaines de la gestion hospitalière; et (vi) l'absence de système d'assurance ou de prise en charge limitant l'utilisation.

3.6 SECTEUR PRIVÉ

34. La libéralisation des professions sanitaires autorisées depuis 1985 et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé à but lucratif, notamment médical, paramédical, pharmaceutique, ainsi que la médecine traditionnelle. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, mais les informations obtenues sont partielles.

Tableau 14: Évolution des structures publiques et privées

	2008	2009	2010
Hôpitaux Nationaux et Régionaux			
Public	11	11	11
Privé	1	3	
Laboratoires			
Public		70	
Privé	10	9	
Cliniques/Cabinets/CSRéf			
Public	55	59	55
Privé	340	346	224
Nombre total de services de soins			
	1 275	1 491	1 360
Public	66	140	66
Privé	351	358	224
CSCoM	858	993	1070
Grossistes en médicaments			
Public	1	1	1
Privé	32	34	13
Officines de pharmacie privées			
ONG œuvrant dans la santé			
	401	409	341
			125

Sources: 2007: Carte sanitaire pour cliniques et cabinets; 2008-09: SNIS; 2010: Yann.

35. Tous ces acteurs pourraient participer significativement à la couverture et l'utilisation des soins du Paquet Minimum d'Activités (PMA), mais ils contribuent faiblement aux objectifs de santé publique parce que malgré leur proximité des structures publiques, leurs pratiques ne sont pas suffisamment réglementées et leur contribution n'est pas suffisamment intégrée dans la collecte des données du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS).

36. L'articulation entre le secteur public et le secteur privé est faible, ce qui freine la contribution du secteur privé à la réalisation des objectifs de santé publique. Les textes qui déterminent les catégories d'établissements privés, médicaux et paramédicaux, n'ont pas été révisés depuis 1991. Certaines de leurs dispositions ne sont pas par conséquent très adaptées au contexte actuel (développement du secteur privé, progrès des équipements et de la pratique médicale), en particulier il s'agit des actes autorisés et aux infrastructures nécessaires dans les différentes catégories d'établissements privés. Par ailleurs, en l'absence de textes d'application de la loi sur la réforme hospitalière (2002), il n'existe pas de cadre de participation du privé au service public hospitalier. On constate un manque de fluidité dans la référence des malades entre les secteurs public et privé, de même que l'absence d'un fonctionnement des structures de soins en réseau pour optimiser les compétences et fonctionnements disponibles à l'échelle d'un territoire.

37. En matière de prévention, bien que plusieurs structures privées se disent volontaires, les CSRéf sont réticents à associer les médecins privés aux activités de routine et aux campagnes spécifiques ou exceptionnelles, telles que la vaccination. Les structures publiques craignent en effet que les conditions n'y soient pas remplies (la chaîne du froid, la formation des vaccinateurs, le volume minimal d'activités, etc.) et que le principe de gratuité ne soit pas observé.

38. Un marché informel d'offre de soins médicaux et paramédicaux s'est développé au cours des dernières années. Ce marché informel touche autant les médecins comme les techniciens de santé (infirmiers, sages-femmes). Il se compose de jeunes médecins ou techniciens supérieurs de santé en recherche d'activités en début de carrière, notamment sur Bamako du fait de la concentration des professionnels de santé. Par ailleurs, il concerne des infirmiers et sages-femmes à la retraite continuant à exercer leurs activités à leur domicile ou en se rendant à celui du patient. On y retrouve aussi des personnes ayant reçu à titre divers une formation en santé (anciens élèves des écoles de santé non-diplômés, etc.) et offrant leur service sans qualification officielle.

39. En outre, la médecine traditionnelle est très présente dans le dispositif de dispensation de soins aux Maliens. Une politique nationale existe depuis 2005. De plus, des textes réglementaires existent sur l'homologation et l'exploitation des établissements de médecine traditionnelle. La visite sur le terrain a permis de constater la collaboration existant entre l'association locale des tradipraticiens et l'équipe du district avec un système de référence entre les deux modalités de soins. Le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) est chargé de promouvoir la Médecine Traditionnelle, ainsi que d'évaluer la qualité, l'efficacité et la sécurité des produits.

3.7 MÉDICAMENTS

40. Les médicaments représentent une dépense de 65 milliards de FCFA par an selon les comptes nationaux de la santé (1999 et 2004). Ils sont financés en grande partie directement par les ménages. Selon EDS IV, 55% des dépenses de santé des ménages sont consacrés aux « médicaments, examens et produits prescrits. » L'accessibilité géographique d'approvisionnement en médicaments a considérablement augmentée avec l'extension du réseau de CSCom, mais aussi avec le nombre croissant de sources privées (385, dont 210 en zone urbaine). L'estimation de la part du marché informel et illicite de médicaments varie entre 14 et 36% du marché.

41. Les médicaments sont très importants dans le système de soins et perçus comme tel par la population. La disponibilité des médicaments essentiels dans les services de santé à des prix accessibles pour la population fut la locomotive de la réforme pharmaceutique depuis l'adoption par le Mali de l'Initiative de Bamako et la Politique sectorielle de santé en 1990. La transformation de la PPM en EPIC (1993), le contrat plan État/Pharmacie Populaire du Mali (PPM), la libéralisation de l'importation des médicaments ainsi que la création du GIE santé pour tous furent les étapes marquantes qui ont précédé l'adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en 1999.

42. La PPN définit la stratégie nationale et fournit le cadre de coordination des activités des secteurs public, communautaire et privé. Les principaux instruments de la PPN sont les suivants: (i) le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels (SDADME); (ii) le Contrat Plan État-PPM qui définit les obligations de part et d'autre pour l'approvisionnement et la distribution de médicaments essentiels; (iii) la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) et le formulaire thérapeutique national; (iv) le Guide Thérapeutique national devant être régulièrement mis à jour avec l'adoption de nouveaux protocoles thérapeutiques nationaux (paludisme, VIH/SIDA). Les institutions et structures chargées de la mise en œuvre sont:

- La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), qui contrôle l'homologation, la pharmacovigilance, la publicité et la promotion des médicaments et des essais cliniques;
- Le Laboratoire National de la Santé (LNS), qui assure le contrôle de qualité des médicaments importés;

- L'Inspection de la Santé (IS), qui contrôle l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice des professions de santé, y compris pharmaceutiques, des secteurs public, communautaire et privé.

43. Toutes les stratégies et instruments de la PPN ont été mis en œuvre. L'évaluation selon le suivi et l'observation sur le terrain ont montré que:

- La disponibilité des médicaments souffre encore de ruptures. Sur un panier de 10 médicaments choisis, une enquête constatait en 2008 que 19,5% de médicaments du panier étaient non disponibles dans les CSCom et CSRéf concernés par l'enquête. Les causes évoquées vont de la non disponibilité/du retard de livraison depuis la PPM aux insuffisances locales pour établir les besoins.
- Des médicaments en dehors de la liste nationale de médicaments essentiels (LNME) sont présents dans les CSCom. Leur présence est constatée dans 11% des prescriptions alors que l'absence de DCI est constatée dans 27% des prescriptions. Les raisons invoquées sont en relation avec la disponibilité et/ou retard de livraison des produits de la LNME.
- L'utilisation des médicaments montre aussi que dans les antibiotiques sont prescrits dans 51% de ordonnances et les injectables dans 27%. Les observations du terrain ont montré l'absence d'ordinogrammes et/ou du guide thérapeutique national dans les CSCom visités en dehors de ceux de la PECIME et du paludisme.
- Le prix à payer s'est avéré un obstacle dans 20,4% des cas, ce qui résultait d'un achat partiel ou non achat des médicaments prescrits. La fréquence des ordonnances avec prix élevés durant la visite de terrain, ainsi que celui de l'enquête de la DPM 2008, questionnent les chiffres rapportés dans le SLIS et qui, probablement, sous-estime les prix moyens des ordonnances avec en 2009 respectivement un prix moyen de 1 589 FCFA et 1 430 FCFA pour les CSRéf et pour les CSCom.
- La gestion des stocks est un problème commun aux trois niveaux visités (CSCom, CSRéf et hôpitaux). En plus des problèmes classiques d'inventaire et d'identification à temps des besoins, un nouveau problème important a surgi avec l'augmentation considérable de volume des produits fournis dans le cadre de la gratuité des programmes (antipaludéens, moustiquaires, suppléments nutritionnels). Les capacités logistiques, de stockage et de gestion sont largement dépassées. Elles n'ont pas été prises en compte dans le cadre des programmes concernés. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a initié une expérience de livraison des produits par la PPM directement aux dépôts répartiteurs des districts. Ceci a été bien apprécié par les médecins chefs et a réduit un problème logistique important pour les districts. Les autres dimensions (capacités de stockage et de gestion) n'ont pas encore bénéficié de l'attention nécessaire.

Tableau 15: Évolution du coût moyen de l'ordonnance dans les CSCom et CSRéf (en FCFA)

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
CSCom	1 218	946	1 107	946	1 430
CSRéf	1 235	1 058	1 282	1 276	1 589

Source: SLIS 2005-09.

44. La PPM joue un rôle majeur dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels pour les secteurs publics et communautaires. Elle applique un coefficient de 1.325 pour la cession des médicaments. Les coefficients respectifs des dépôts répartiteurs de districts et de celui des CSCom augmentent le prix final des médicaments d'un coefficient de 1.8 à 1.9 par rapport au prix initial du médicament. La PPM estime à 40% de son chiffre d'affaire les achats qu'elle fait au profit de l'État (vaccins, anticancéreux, kits de césariennes, dotations initiales), et à environ 15% les achats au profit du secteur privé. Le reste est partagé entre les achats des districts de CSCom et des hôpitaux. Le chiffre d'affaire a fait

un bond depuis les années 2003/2004, passant d'environ 5.4 milliards à plus de 8 milliards durant les trois dernières années (passant par un sommet de 9.6 milliards en 2007).

45. Le tassement du chiffre d'affaire est relatif à l'importance des produits gratuitement proposés dans le cadre de certains programmes et achetés en dehors de la filière PPM. Celle-ci dispose de capacités logistiques adéquates et de dépôts dans presque toutes les régions. Elle est utilisée par les programmes nationaux et par les partenaires pour assurer la distribution au niveau régional des médicaments, moyennant un coefficient variant entre 7,5 et 8,5% de la valeur des produits importés. La livraison directement aux dépôts répartiteurs des districts fournis gratuitement par les programmes est possible comme ce fut le cas au premier trimestre de cette année pour le PNLP, moyennant le recouvrement de coûts additionnels. Les compétences en matière de gestion de la PPM ne sont pas utilisées pour renforcer les capacités au niveau des dépôts répartiteurs et des ceux des CSCom.

46. La PPM voit sa capacité d'acheter aux meilleurs prix affectée sérieusement par les retards systématiques de paiements par le trésor de produits livrés. Les hôpitaux publics semblent emboîter le pas au trésor et paient avec beaucoup de retard. Ces facteurs augmentent indirectement les prix des médicaments mis sur le marché et mettent en danger la PPM si une solution n'est pas trouvée.

47. Avec son développement important et sa complexité accrue, le secteur pharmaceutique ne dispose pas des capacités et des moyens nécessaires pour en assurer la direction efficace. Dans sa configuration actuelle, la DPM dispose de la volonté mais pas des moyens pour assurer ces fonctions.

3.8 CONSTAT: LA QUALITÉ DES PRESTATIONS RESTE UN DÉFI

48. Les programmes nationaux ont avantageusement utilisé le réseau étendu de CSCom et le renforcement des CSRéf pour améliorer les couvertures, ainsi que la continuité de certaines prises en charge (vaccination, paludisme, VIH/SIDA, CPN+, nutrition). Nous pouvons noter en particulier un taux de continuité de 72,1% pour le suivi des malades prenant des Antirétroviraux (ARV) et l'accroissement des clientes aux consultations prénatales. Il y a peu ou pas de normes nationales de qualité établies, en dehors de celles des programmes nationaux.

49. Que ce soit pour les CSCom ou les hôpitaux, les éléments d'attention sur la qualité existent; mais il manque une approche globale d'amélioration de la qualité qui prenne en compte l'avis des bénéficiaires. La disponibilité de soins a été perçue positivement par la population suite à la création de CSCom par les bénéficiaires en 1997.⁸ Depuis lors, nous notons la quasi-absence d'études approfondies et systématiques sur la qualité des soins et la perception des bénéficiaires, malgré les efforts consentis pour faire valoir le principe d'accréditation pour les CSCom avec, en particulier, l'expérience prometteuse « CSCom Ciwara d'or »⁹ et les tentatives de promotion du contrat de performance dans le cadre de la réforme hospitalière.

⁸ Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires des CSCom, Rapport Banque Mondiale, 1997.

⁹ Guide de la mise en place de l'approche Ciwara d'or, MSP/USAID.

CHAPITRE 4. ACTIVITÉS DE SOUTIEN AUX PRESTATIONS

4.1 PLANIFICATION AU NIVEAU OPÉRATIONNEL

1. La micro-planification semble bien rodée dans tous les CSCom visités. Les populations cibles sont bien identifiées, les objectifs fixés et portés sur les tableaux de bords. Les calendriers des activités et de la stratégie avancée sont disponibles et parfois affichés.
2. La planification au niveau du district se fait actuellement sur la base de PO élaborés chaque année. Les PO sont élaborés sur la base des PDSC 2004–2009 d'une part et selon les volets de l'extension du PRODESS (2009–2011). Il n'y a pas eu de plan d'extension 2009–2011 pour les districts. La tendance systématique à reproduire les volets de financement du PRODESS dans chaque PO de district était manifeste. La spécificité de chaque cercle ne ressort pas clairement des PO. Les critères d'allocation de ressources durant les arbitrages au niveau central et régional n'incitent pas à considérer les situations spécifiques. Le critère du nombre de population utilisé peut engendrer et maintenir l'iniquité envers les districts qui ont des conditions les plus difficiles pour réaliser des résultats. Les liens entre les ressources et les résultats concrets de couverture, de qualité et de compétence pour le district et vérifiables sont généralement absents ou non explicites. Le postulat apparent est que l'addition des différents intrants produirait automatiquement les résultats attendus.
3. Il n'y a pas de modalité établie et explicite pour définir les priorités dans le PO en fonction des financements disponibles et des résultats à réaliser. Le fonctionnement de base étant imputé sur le Budget Général, les activités programmées sont financées soit par l'ABS soit directement par les partenaires ou autofinancées par le système de recouvrement des coûts. Dans les trois régions que nous avons visitées, le financement direct des partenaires représente la proportion majeure du financement des activités. Celui des recouvrements des coûts semble être sous-estimé et marginal. De fait ce sont les financements directs des PTF qui déterminent les priorités et l'échéancier d'exécution des activités pour les districts des trois régions.
4. Un nombre croissant de nouveaux cadres constituant l'équipe de santé de district n'ont pas été formés en planification et ne sont pas familiarisés avec les outils en place. Ce phénomène, s'il n'est pas corrigé à temps, affectera inéluctablement la qualité des nouveaux plans de districts.
5. La collaboration avec les communes du district, n'a pas encore permis l'harmonisation entre le PO du district et ceux des communes en matière de santé.

4.2 GESTION DES RESSOURCES

6. Au niveau du district, le développement et la complexité grandissante des activités au niveau du CS de Référence ainsi que l'importance qu'y prend le système autonome de gestion dans le fonctionnement, n'a pas été suivi par un renforcement adéquat des capacités ni d'une standardisation et modernisation du processus gestionnaire.
7. La gestion financière du système de recouvrement des coûts dispose des instruments adéquats et semble de plus en plus maîtrisée par les ASACO qui ont bénéficiées de formations appropriées. Avec la prise en charge fréquente du salaire de l'infirmier par l'État et celui d'autres catégories par la commune, la situation financière s'est beaucoup améliorée. Le poids important et reconnu du système de recouvrement des coûts, aussi bien au niveau des CSCom qu'au niveau du district, n'est pas reflété dans la documentation utilisée durant les CROCEPS.
8. La gestion des ressources révèle un problème sérieux concernant le stockage et l'inventaire des produits et consommables fournis gratuitement par les programmes à

l'exception des vaccins qui bénéficient d'une longue tradition et de la logistique adéquate. Il ne s'agit pas seulement des problèmes en relation avec des produits similaires payants, mais surtout de problèmes de volumes qui dépassent largement les capacités existantes de stockage et de gestion.

9. Le Mali dispose d'une réglementation relative à la comptabilité matière (Arrêté 92-0235/MB-DNB fixant les modalités d'application du Décret 91-275/PM-RM); de plus, le PRODESS dispose d'un manuel de procédures et les outils de comptabilité matière existent au sein du logiciel TOMPRO. Cependant, les principales dispositions prévues pour la gestion du patrimoine ne sont pas effectives. Ainsi, les immobilisations et fournitures ne sont gérées que de façon rudimentaire.

10. Alors qu'une part importante du financement du PRODESS est consacrée à accroître le patrimoine mobilier et immobilier national, cette création de capital n'est pas comptabilisée. Les rapports du Comité de Suivi font état de plusieurs centaines de structures construites, réhabilitées et équipées, la quasi-inexistence de la remontée des informations sur les engagements financiers, aussi bien des PTF que du budget du Ministère de la Santé, rend impossible toute consolidation des immobilisations corporelles selon les normes prévues dans le manuel de procédures (par ex., localisation, valeur d'acquisition, dépréciation). En outre, contrairement à ce qui avait été prévu dans le manuel de procédures, les procédures de comptabilité matière ne sont appliquées à aucun niveau avec pour conséquence qu'aucun inventaire périodique n'e soit produit, ainsi indiquant la localisation et l'état du patrimoine acquis au cours du Programme.

11. La situation des équipements et leur maintenance dans les hôpitaux et les centres de santé du Mali est caractérisée par (i) l'insuffisance dans la spécification des équipements au moment des commandes entraîne la multiplicité des marques utilisées, avec un service après-vente non garantie; (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; et (iii) la non disponibilité des pièces de rechange entravant le fonctionnement de certains services au niveau des hôpitaux.

12. Face à cette problématique, le dispositif qui existe actuellement pour assurer le développement et la maintenance de ce parc d'infrastructures et d'équipements sanitaire, comprend:

- La Direction Administrative et Financière (DAF), actuellement, Direction des Finances et du Matériel (DFM) qui est responsable de l'acquisition et la maintenance des équipements à travers l'organisation des appels d'offres;
- La Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la Santé qui est responsable du génie civil et de l'équipement, du moins en ce qui concerne la supervision, le contrôle et le suivi des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires.
- La Division des Établissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR), qui est responsable des équipements des formations sanitaires relevant de la DNS. Dans la pratique, elle a tenté de s'occuper de la maintenance des équipements sanitaires, sans succès, à cause du manque de capacité technique appropriée.
- Le Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériels (SEPAUMAT), qui est implanté au niveau central à Bamako et dans les régions de Gao, Kayes, Mopti et Sikasso et qui est responsable des véhicules.

13. Toutes ces structures, dont aucune n'a pu disposer des capacités techniques et organisationnelles requises, travaillent le plus souvent dans un environnement où la coordination, l'intégration et la cohérence ne sont pas de mise. Par exemple, même si le SEPAUMAT s'occupe de l'entretien des véhicules, il manque de ressources humaines qualifiées et d'équipements adéquats à telle enseigne que l'essentiel de la maintenance est confiée aux prestataires privés qui ne reviennent non très chers sans donner la satisfaction requise. La conséquence évidente et fâcheuse est qu'au niveau des formations sanitaires, à tous les niveaux, les habitants locaux et les équipements souffrent de manque de maintenance. Ceci est aggravé par une absence totale d'une culture de maintenance chez les utilisateurs et usagers de ces habitants locaux et équipements.

14. Étant donné l'importance de la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires comme facteur d'amélioration de la qualité des services, le Ministère de la Santé l'a inscrite dans le PRODESS II Prolongé, ce qui a conduit 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 d'une loi et d'un décret de création d'une agence pour maintenir et gérer les équipements sanitaires.

4.3 SYSTÈME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE AU NIVEAU OPÉRATIONNEL

15. Le système local d'information sanitaire comprend la composante de fiches opérationnelles et des échéanciers pour soutenir et orienter la décision durant le déroulement d'une activité donnée (enfants sains, CPN, partogramme, PF, etc.), la composante populations cibles, le recueil et l'analyse de l'information sur les activités (liste des villages avec nombre de la population et distance des villages par rapport au CSCom, registres des activités, tableaux de bords, etc.) et finalement le rapport trimestriel élaboré et transmis au niveau supérieur avec une logique d'auto-analyse. Le système semble avoir atteint une vitesse de croisière depuis un certain temps. Les constats suivants peuvent être soulignés:

16. Une tendance administrative à utiliser les fiches opérationnelles, avec une impression de remplissage à posteriori basé sur le registre. Ceci réfute la raison d'être de la fiche opérationnelle comme support d'aide à la décision (partogramme, fiche intégrée de l'enfant sain), ainsi que l'occasion d'une communication personnalisée avec la mère concernant l'état nutritionnel de son enfant ou pour une proposition d'espacement de naissance.

17. Les échéanciers avec classement par village, considérés très utiles (suivi des enfants, CPN, PF) par le personnel itinérant (Mopti et Ségou) ne sont pas ou ne sont plus utilisés dans tous les CSCom de la région de Koulikoro,

18. Les tableaux de bords sont généralement bien développés et bien utilisés par l'infirmier chef de poste, mais le tableau de bord pour le PF a tendance à manquer à l'appel.

19. Les analyses d'utilisation et de couverture par villages ne sont pas effectuées, alors qu'elles peuvent alimenter des discussions ciblées et utiles avec les villageois et les ASACO.

20. Au niveau du district, la compilation des différents rapports trimestriels est faite, avec production de tableaux de bords par activité et transfert au niveau régional du rapport trimestriel du district par internet ou clef USB, ainsi que la copie en papier, et est utile pour les vérifications en cas d'erreur de saisie. L'analyse par activité et par aire de santé en vue d'identifier les écarts importants (positifs et négatifs) ne semble pas être une pratique établie.

4.4 MONITORAGE ET SUPERVISION

21. Le monitoring est bien institutionnalisé au Mali. Il permet à l'équipe de santé du CSCCom, avec la participation de l'ASACO et des relais communautaires, de mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs agréés et d'identifier les insuffisances, de les localiser et de chercher des solutions. Les dimensions participatives et éducatives de ce contrôle suivi contribuent à une mise en œuvre efficace des solutions. Le monitoring est normalement organisé tous les six mois, mais ne se réalise en fait qu'une fois par an (généralement en juillet) en raison de financements insuffisants évoqués. Il serait avantageux de faire coïncider la deuxième session avec la réunion de planification annuelle qui regroupe l'ASACO et les représentants de la commune. Les techniques de monitoring seront utilisées à cette occasion, ainsi que des analyses par activités et par villages qui peuvent être facilement générées par le système local d'information (cibles par villages, échancier de fiches opérationnelles par villages, etc.).

22. Les supervisions intégrées sont organisées de même que les constats et les recommandations figurent dans le cahier de supervision du CSCCom. Toutefois, pour des raisons diverses, en particulier financières, la fréquence d'une supervision intégrée par trimestre est très loin d'être réalisée. L'observation du déroulement des activités et les investigations pour traquer les occasions ratées ne ressortent pas dans les cahiers de supervision des centres visités. Une analyse régulière des principaux constats et de la mise en œuvre des recommandations proposées par les supervisions intégrées n'est rapportée dans aucun des districts visités.

CHAPITRE 5. DÉCENTRALISATION, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET RENFORCEMENT DE LA SOLIDARITÉ

5.1 CONTEXTE

1. Dans le cadre du processus de décentralisation administrative et politique lancé depuis 1993,¹⁰ le PDDSS et les trois PRODESS visent premièrement, le développement de la participation regroupant de manière efficace l'ensemble des intervenants au niveau communautaire et, deuxièmement, la responsabilisation des populations et des collectivités territoriales dans la conception, le financement et la mise en œuvre d'activités d'intérêts local et régional. En offrant aux différents acteurs des différents niveaux un cadre pour opérationnaliser ces nouvelles stratégies, cette participation se focalise sur les voies et moyens de faire davantage avec les ressources existantes et additionnelles, et d'encourager la synergie entre les différents acteurs communautaires pour le développement de la santé.

2. Parallèlement à la décentralisation, le Mali a aussi renforcé le cadre législatif et réglementaire et a adopté en 2005, le Programme de Développement Social, qui a pour objectif principal de contribuer à assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociale en vue d'un développement humain durable. En mettant en œuvre le Plan d'Action National d'extension de la protection sociale 2005–2009, le Mali visait à contribuer aux possibilités d'augmentation des revenus des populations et à établir les mécanismes d'accès aux services, y compris ceux de la santé, pour les populations nécessiteuses.

5.2 DÉCENTRALISATION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

3. Le processus de décentralisation avait pour objectif de rendre les 9 assemblées régionales (y compris le District de Bamako), les 49 CCC et les 703 communes capables de gérer leurs affaires en transférant et les compétences et les ressources de l'État. L'installation du Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT), la création d'une Commission interministérielle de pilotage des transferts de compétence et de ressources de l'État aux Collectivités territoriales et la mise en place d'un dispositif d'appui technique et financier (CCC et ANICT) aux collectivités territoriales concrétisent l'effectivité du processus de la décentralisation.

4. **Niveau ministériel.** Pour la quasi-totalité des départements, la décentralisation est marqué d'une certaine lenteur (avec déjà plus de 18 ans de mise en œuvre) pour la promulgation des textes d'application et pour transférer les ressources aux collectivités. Le Ministère du Développement Social est encore dans le processus de négociation de validation d'un plan triennal de transfert des ressources.

5. Par contre, au niveau du Ministère de la Santé, des éléments majeurs de la décentralisation sont opérationnels depuis l'adoption de la politique sectorielle de santé et de population (1990), par (i) le découpage du pays en aires de santé; (ii) la création par les populations regroupées en association des Centres de Santé Communautaires (CSCoM); et (iii) la reconnaissance par les pouvoirs publics des responsabilités des associations dans la gestion des CSCoM en ce qui concerne les premiers soins et la promotion de la santé au sein de l'aire sanitaire.

6. La Loi d'Orientation sur la Santé (02-049-2002) confirme et formalise les principes de carte sanitaire et le partenariat entre l'État et les collectivités décentralisées et communautés

¹⁰ À partir de l'adoption de la Loi 93-006 du 11 février 1993 (déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales) et de la Loi 95-034 du 12 Avril 1995 (portant code des collectivités territoriales).

dans le contexte de la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation et de déconcentration.

7. En 2004, un schéma opérationnel de transfert des compétences et ressources a été adopté, mais le Ministère de la Santé avait déjà mis en place la Cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration (CADD) et avait adopté les textes (dans le Décret 02-314 du 4 juin 2002) fixant les détails des compétences à transférer aux communes et cercles en matière de santé. Sous l'instruction du premier ministre, les actions et mesures à mettre en œuvre en 2008 et 2009 ont été définies, et le Ministère de la Santé a élaboré un guide d'opérationnalisation du décret. Le Ministère de la Santé est actuellement au stade:

- D'inscription dans la Loi des Finances des lignes budgétaires relatives à la prise en charge de certaines dépenses (i) du personnel (PPTTE); (ii) de prise en charge des travaux de construction des centres de santé communautaire; et (iii) d'achats dans le cadre des activités de lutte contre la maladie (et surtout le paludisme) et les programmes de nutrition, d'hygiène et de salubrité; et
- D'évaluation de la convention de gestion entre le Ministère de la Santé et l'ANICT, pour la construction des CSCom et des CSRéf.

8. **Niveau opérationnel.** Les efforts de décentralisation internes au secteur de la santé ont rapproché les centres de décision pour l'adaptation des solutions aux spécificités des problèmes au niveau local. À la place d'une organisation bureaucratique et hiérarchique de gestion dans le contexte de la pyramide sanitaire, les soins du premier échelon sont confiés à un réseau d'établissements privés sans but lucratif, gérés par des associations d'usagers et liés à l'État dans un premier temps et par la suite aux communes, par des conventions de service public. Deux principes sont de mise: la participation communautaire et le partenariat État/collectivités décentralisées/communautés.

9. *Participation communautaire.* Le concept de CSCom s'appuie avant tout sur le concept de citoyenneté. Le regroupement des populations en associations de santé communautaire qui gèrent les CSCom devrait en effet permettre l'implication volontaire des usagers dans les outils et stratégies pour la préservation et la promotion de leur santé. Cette implication devrait aussi apporter aux CSCom la représentativité qu'exige la responsabilité.

10. Les engagements des ASACO consistent à assurer la disponibilité permanente du paquet minimum d'activités (PMA), l'entretien de l'infrastructure et de l'équipement, et la prise en charge des dépenses courantes du CSCom. Pour faire face à leurs obligations, les ASACO disposent de ressources provenant des cotisations des adhérents, des revenus de la tarification des actes, des revenus de la vente des médicaments et des appuis des partenaires (programmes prioritaires de santé, partenaires extérieurs, etc.).

11. Le partenariat État/collectivités décentralisées/communauté est soutenu par une convention d'assistance mutuelle passée entre la commune et l'ASACO qui sert non seulement de conduite de subventions contingentes de l'État pour la prise en charge des coûts d'investissement et une partie des charges récurrentes des centres de santé communautaires, mais aussi d'instrument de coordination des interventions de l'État et des initiatives communautaires dans la santé. Les engagements du Ministère de la Santé ne font pas partie de la convention, mais ils comprennent la disponibilité du plateau technique de référence, la mise en place du stock initial de médicaments essentiels, la formation du personnel, l'appui technique et la supervision.

12. Dans le cadre de l'application du principe de partage des coûts pour assurer l'appropriation des services et la responsabilisation des communautés, l'État devait prendre en charge 75% des coûts d'investissement et la communauté devait prendre en charge 25% de ces coûts. Toutefois, le partage des coûts d'investissement a connu des pratiques différentes

durant le PDDSS, avec une tendance vers 100% des investissements pris en charge par l'État dans le contexte de l'accélération de l'extension géographique. Le principe de partage des coûts sert aussi de fondation au partage des charges récurrentes des CSCom. Les informations sur le financement des services sont présentées dans le Chapitre 6.

13. Selon les statistiques du MDSSPA, le nombre d'ASACO est passé de 849 en 2005 à 1.093 en 2009 alors que la proportion d'ASACO fonctionnelles était estimée à 92,5% en 2009.

Tableau 16: Évolution du nombre de et de la fonctionnalité des ASACO

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'ASACO	849	926	981	974	1 093
Nombre d'ASACO fonctionnel	706	686	758	778	1 011
% fonctionnel	83,2	74,1	77,3	79,9	92,5
Zone 1	86,3	75,5	84,3	85,4	96,7
Zone 2	73,4	69,7	58,7	68,1	85,4
Zone 3	94,9	80,4	96,6	80,8	83,9
Nombre de CSCom	796	873	924	962	993

Sources: SiSO; voir Annexe 4; SLIS.

14. L'augmentation rapide du nombre d'ASACO (surtout du nombre d'ASACO fonctionnelles) en 2009 mérite une attention particulière, car ce nombre élevé de nouvelles créations ne semble pas s'accompagner toujours d'une plus forte mobilisation en termes d'adhérents.

15. En outre, selon les investigations sur le terrain, les ASACO sont plutôt intéressés par la gestion financière des CSCOM au détriment de leur rôle de sensibilisation des populations et de promotion de la santé communautaire. Ceci confirme les résultats d'une étude¹¹ sur les rôles et les domaines d'intervention des ASACO qui révélaient « des faiblesses notamment en terme de capacités à mobiliser des acteurs et les ménages autour des objectifs poursuivis à travers le PRODESS. »

16. Les insuffisances se traduisent essentiellement par un déficit démocratique et de communication qui aboutit souvent à l'appropriation du centre par un groupe de personnes et par le manque de transparence des comptes, ce qui conduit à des gaspillages et à des abus de biens sociaux. Pour certains CSCom la conséquence fut le retour à la logique habituelle des formations sanitaires publiques.

17. Par ailleurs, dans de nombreux localités il persiste des conflits d'intérêt et d'attributions entre les collectivités représentées par les mairies et les ASACO et /ou les fédérations locales et régionales des ASACO, au risque parfois de mettre en péril des innovations et des initiatives visant à renforcer la solidarité pour l'accès aux soins. Ces situations restent liées en particulier à l'insuffisance des approches communautaires naguère réalisées par les travailleurs sociaux en amont, pendant et après la création des ASACO/CSCom, d'un manque de communication constaté entre les acteurs et la bonne connaissance des rôles respectifs. Ceci se traduit par des divergences nées de l'interprétation des dispositions réglementaires régissant le transfert des compétences et les rapports entre les acteurs dans le cadre du nouveau partenariat.

18. Les ASACO disposent de leurs propres structures faïtières dont les fédérations au niveau du cercle (FELASCOM), au niveau régional (FERASCOM) et au niveau national (FENASCOM). Ces structures faïtières devraient contribuer à l'amélioration du fonctionnement des ASACO et assurer l'intermédiation sociale entre leurs membres et les autres acteurs de développement.

¹¹ FENASCOM (UNICEF), Qualité et Accès aux Soins en milieu urbain (janvier 2002).

5.3 RENFORCEMENT DE LA SOLIDARITÉ

19. En parallèle avec l'accroissement de l'accès aux services de soins, le Mali a aussi augmenté l'accessibilité des populations aux services sociaux pouvant répondre à des besoins non médicaux. Les défis sont nombreux et se traduisent par les problématiques principales suivantes: (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.

20. **Prise en charge des personnes et catégories sociales en situation difficile.** Les annuaires statistiques, depuis 2005, montrent une augmentation de la capacité d'intervention des services sociaux dans la prise en charge de groupes spécifiques, aussi bien au niveau central qu'au niveau des services déconcentrés que sont les services locaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire. Ce fait indique une véritable avancée dans ce mode de prise en charge.

21. Appui aux groupes marginalisés. Le Tableau 17, ci-après, résume les résultats pour certains des groupes qui sont souvent marginalisés (les handicapés, les enfants en situation difficile et les femmes seules chargées de famille) en résumant les taux annuels de satisfaction des demandes d'appui:

Tableau 17: Évolution du taux de satisfaction des demandes d'appui par les personnes en situation difficile

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
% de besoin d'appareillage satisfait	25,4	46,2	37,0	62,2	63,3
% d'enfants en situation difficile réinsérés	35,7	11,4	29,8	49,1	22,2
% d'enfants en situation difficile scolarisés	50,0	10,5	3,7	24,8	41,5
Zone 1	48,7	7,2	3,6	19,5	36,7
Zone 2	52,8	25,5	4,2	--	41,7
Zone 3	75,3	67,4	9,4	4,1	nd
% de femmes seules chargées de famille recevant d'AGR	1,4	5,6	6,4	10,9	6,1

Sources: SiSO; voir Annexe XX; SLIS.

22. Malgré la variabilité annuelle des services sociaux, des milliers de Maliens ont pu bénéficier des services offerts par le Ministère du Développement Social. Cependant, les informations présentées dans les annuaires méritent plus d'attention car il existe des fois des incohérences dans les différents tableaux.

23. *Appui aux personnes démunies et âgées.* En dehors des appuis sociaux, le Ministère et ses démembrés ont fourni des appuis médico-sociaux à des personnes âgées et à des personnes démunies. Face aux barrières financières des soins et dans l'attente des régimes d'assistance médicale, ces appuis permettaient aux plus pauvres d'accéder aux soins. Le Tableau 18, ci-après, présente l'évolution des taux de prise en charge des deux groupes:

Tableau 18: Évolution du taux de prise en charge/ suivi socio-médicale des personnes démunies/âgées

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
% de personnes démunies prise en charge	19,4	34,9	48,1	53,0	62,7
Zone 1	19,9	37,8	55,2	23,2	91,4
Zone 2	19,8	24,4	16,8	24,7	28,4
Zone 3	4,3	6,4	36,5	146,4	82,4
% de personnes âgées suivi	31,9	19,6	21,6	32,8	37,2
Zone 1	34,4	18,0	22,2	24,9	35,0
Zone 2	23,6	28,3	17,6	107,0	71,0
Zone 3	0,6	31,6	84,5	25,2	58,3

Sources: SiSO; voir Annexe XX; SLIS.

24. De manière générale, l'évolution sur le plan national de la prise en charge et le suivi des deux groupes est positive, même si au niveau des zones/régions il y a des perturbations pour certaines années. Le nombre de personnes servies est en moyenne 10.800 personnes démunies et 13.150 personnes âgées par an. L'insuffisance de financements liée à une méconnaissance de la portée de ces activités en matière d'équité dans la promotion de la santé reste la principale contrainte.

25. Attribués par l'État et relayés par quelques organisations caritatives, l'aide sociale et l'assistance conservent des fonctions plus réparatrices que promotionnelles. De plus en plus difficiles à assurer, faute de ressources financières, ces interventions constituent un maillon important dans la prise en charge de catégories extrêmement pauvres non couvertes par un mécanisme quelconque de protection sociale. La situation est vivement ressentie au niveau des structures de proximité du Développement Social qui communiquent le plus avec ces groupes.

26. En raison de la création de plusieurs mécanismes et structures de prise en charge (mutuelles; coopératives, CANAM et ANAM), il convient de redéfinir ce dispositif qui a encore sa place dans le processus, en tenant compte de la raréfaction constante des ressources et de la place de l'urgence dans la prise en charge médicale et de la qualité des soins.

27. **Accès aux services sociaux de base et pour l'amélioration des revenus des plus pauvres.** Les capacités d'autopromotion des communautés ont été renforcées et l'accès aux services de base, dont la santé, a été amélioré grâce à (i) la mise à leur disposition des ressources leur permettant d'entreprendre des activités génératrices de revenus ainsi que l'accès au microcrédit et aux facteurs de production; et (ii) l'appui au développement des structures coopératives et associatives.

28. Appui des projets et programmes. L'appui des projets et programmes (Programme de Développement Social Urbain, Projet d'Appui aux Communautés Rurales, Projet d'Appui au Développement Economique, Projet de Réduction de la Pauvreté à Mopti), ainsi que les interventions du Fonds de Solidarité Nationale, ont été déterminants. Les principales réalisations faites de 2005 à 2009 sont les suivantes:¹²

- Le financement de 39.847 activités génératives de revenus (AGR);
- La réalisation de 639 infrastructures socio-économiques de base (points d'eau, écoles, centres de maternité multifonctionnels, etc.) et des infrastructures rurales (ponts, caniveaux, pavage de rues, aménagement de marchés, etc.);
- La création de 63 caisses d'épargne et de crédit; et
- La remise aux producteurs de 1,967 équipement agricole (charrettes, charrues, multicultures, semoirs, ânes et bœufs, etc.)

29. L'évaluation fait ressortir que les projets ne développent pas avec les services centraux la coordination nécessaire pour arriver aux résultats communs. Par ailleurs, les projets et programmes sont limités géographiquement à des zones déterminées, ce qui réduit leur impact au plan national.

30. *Appui au développement des structures coopératives et associatives.* Les résultats de l'appui du MDSSPA au développement des sociétés coopératives et aux associations sont présentés dans le Tableau 19, ci-après:

¹² MS MDSSPA MPFEF-SG; Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du comité interministériel de la promotion de la santé et de l'action sociale — Mai 2010.

Tableau 19: Évolution des mouvements coopératifs et associatifs

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre de sociétés coopératives créées	9 516	11 639	12 047	14 927	16 166
Nbre d'adhérents aux sociétés coopératives	438 105	542 876	579 357	693 380	741 461
Zone 1	381 916	457 938	478 741	549 888	585 251
Zone 2	34 002	68 411	80 491	122 074	130 984
Zone 3	22 187	16 527	20 125	21 418	25 226
Nbre d'associations	5 999	3 777	3 835	3 781	3 374
d'associations appuyées	3,0	9,3	22,2	22,1	36,6

Sources: SiSO; voir Annexe XX; SLIS.

31. Comme le montre le Tableau 19, ci-dessus, le nombre de sociétés coopératives, ainsi que le nombre d'adhérents, a augmenté progressivement chaque année. Il est important de noter qu'environ 80% des adhérents des sociétés coopératives viennent de la Zone 1. Quant aux associations, le nombre est resté relativement stable, mais le nombre soutenu par le MDSSPA a augmenté considérablement.

32. **Extension de la protection sociale.** Actuellement, le Mali présente toute une gamme de réponses aux barrières financières d'accès aux soins. En dehors de l'appui direct aux démunies, on peut citer: (i) les initiatives aux niveaux des communautés (par ex., les caisses villageoises, les mutuelles); (ii) les tentatives d'assurance volontaires et obligatoires; (iii) les régimes d'appui aux plus pauvres (ANAM et RAMED); et (iv) les différents régimes organisés par l'État (Institut National de Prévoyance Sociale [INPS], Caisse des Retraites du Mali [CRM]).

33. *Caisses villageoises de solidarité pour la prise en charge de la référence.* Instaurées à l'initiative de la Fédération Nationale des Associations de santé communautaire (FENASCOM), ces mécanismes de prise en charge ont été mis en place pour soulager les populations devant faire évacuer leurs malades. Au cours des visites de terrain, il n'a pas été possible de connaître exactement le nombre de caisses et de vérifier celles qui fonctionnent correctement. Cependant, les difficultés opérationnelles sont liées principalement à la non application des conventions de partenariat devant régir le financement de ces caisses, et notamment la réticence des communes à s'acquitter de leur quote-part dans l'alimentation de la caisse. En outre, il reste à vérifier si tous les critères de transparence dans la gestion de ces caisses sont définis et respectés par les CSRéf, et si les contributeurs que sont les communes et les ASACO sont impliqués dans cette gestion.

34. Par ailleurs, le problème de comment promouvoir la mutualisation du risque de maladie demeure. Le concept de la prévoyance dans une société à majorité pauvre avec des capacités contributives très limitées et où la solidarité traditionnelle est vécue au quotidien sous d'autres formes reste problématique.

35. *Mutuelles.* Pour soutenir les mécanismes de solidarité et renforcer la stratégie de protection sociale, le Mali procède depuis 2005 à la relance des mutuelles de santé. La mutualité dispose depuis 1996 d'un cadre législatif et réglementaire régissant la mutualité, et en janvier 2010 des journées nationales de concertation ont été organisées pour valider une Stratégie Nationale de développement des mutuelles de santé. La situation des mutuelles se présente comme suit en 2010:

Tableau 20: Évolution du développement des mutuelles de santé

Sources	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de mutuelles	60	77	98	121	125	151
Nombre d'adhérents aux mutuelles	52 848	62 591	74 844	93 139	106 866	131 722
Zone 1	4 458	6 478	9 095	22 817	27 740	39 256
Zone 2	206	2 523	2 299	6 921	12 920	15 460
Zone 3	48 184	53 590	63 450	63 401	66 206	77 006
Nombre de bénéficiaires de mutuelles de santé	142 635	166 021	215 156	244 028	285 755	490 791
Zone 1	24 181	21 573	53 415	60 953	71 843	120 191
Zone 2	1 994	5 099	10 576	18 466	43 104	61 851
Zone 3	116 460	139 349	151 165	164 609	170 808	308 749
de pop. couverte par mutuelles de santé	1,6	1,4	1,7	1,9	2,2	2,9

Sources: SiSO; voir Annexe XX; MDSSPA.

36. Comme le montre le Tableau 20, ci-dessus, il y a une progression lente du taux de couverture de la population, qui a atteint 2,9% en 2010, mais le pays est loin d'atteindre son objectif de 80% de la population vivant en milieu rural (et donc ne pouvant pas bénéficier de l'AMO). En outre, 60% de la population couverte se trouve dans le district de Bamako et la région de Kidal n'a pas encore de mutuelle. Selon les chiffres disponibles, en 2009, ces mutuelles ont encaissé 1.190.321.310 FCFA de cotisations et ont distribué 541.410.827 FCFA au titre des prestations ayant bénéficié à 38.401 hommes et à 56.940 femmes, soit 60%.

37. *Assurance volontaire.* L'assurance maladie volontaire auprès des compagnies privées d'assurance reste très peu connue et de portée limitée en termes de souscripteurs. L'annuaire statistique du MDSSPA n'a recensé que 5 744 adhérents (tous en Zone 1) en 2008, mais les données sont très incomplètes.

38. *Assurance Maladie Obligatoire.* Le régime d'AMO institué par la Loi 09-015 du 26 juin 2009 vise à permettre la couverture de frais de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles. La loi définit entre autres les bénéficiaires, les prestations garanties, les conditions de prise en charge, le conventionnement et le contrôle médical. Ce régime d'assurance qui se fait avec la contribution des bénéficiaires (à hauteur de 3,06% du salaire pour les fonctionnaires en activité et 0,70% pour les retraités) et de leurs employeurs (4,48% du salaire quand il s'agit de l'État et 3,50% quand il s'agit d'un employeur du secteur privé) couvrira environ 16% de la population malienne. Il s'agit des employés du secteur formel, c'est-à-dire les fonctionnaires en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits, y compris ceux des collectivités territoriales, les travailleurs régis par le Code du Travail qui sont en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits, et les députés en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits.

39. L'AMO est estimée pour 317.852 cotisants dont 229.516 personnes du secteur privé et 88.336 personnes du public totalisant environ 1.954.753 bénéficiaires. Le panier de soins prévu dans la prise en charge comprend: (i) les risques faibles (consultations générales ou spécialisées, soins médicaux, imagerie médicale, médicaments essentiels de type générique, analyses de laboratoire, soins dentaires (sans prothèses) et maternité; et (ii) les gros risques comprenant les hospitalisations simples et avec intervention chirurgicale. L'AMO assure la prise en charge des hospitalisations à hauteur de 80% et les soins ambulatoires à hauteur de 70%. Le démarrage des immatriculations, qui étaient prévues à partir du 1er juillet 2010 et les prestations à partir du 1er janvier 2011, n'ont pu être effectués aux périodes prévues.

40. *Agence Nationale d'Assistance Médicale.* L'ANAM créée par la Loi n° 09-031 du 27 juillet 2009, est la structure chargée de la mise en œuvre de ce régime. L'ANAM devrait couvrir environ 5% de la population représentant les indigents, soit à peu près 597.835 personnes. Elle serait alimentée principalement par le budget national. Si les structures sont légalement créées et différents décrets d'application ont été pris, elles ne sont pas encore opérationnelles en termes de prestations. Ceci est dû au manque de fonds de roulement.

41. *Régime d'assistance médicale.* Le RAMED, institué par la Loi n°030 du 27 juillet 2009, est l'autre mécanisme de solidarité au bénéfice des indigents. Il a été créé au profit des personnes (et ses ayants droit à charge) qui ne sont pas couvertes par tout autre système d'assurance et qui sont reconnues indigentes. Le RAMED, qui sera financé entièrement par l'État, couvrira environ 5% de la population. Il a démarré avant la fin de l'année 2010 et devait couvrir 100% de l'hospitalisation, des interventions chirurgicales et des soins ambulatoires. Un Fonds d'Assistance Médicale (FAM) cofinancé par l'État et les collectivités décentralisées est mis en place pour ce faire. Selon les chiffres parcellaires du MDSSPA, seulement 88 adhérents au FAM ont été recensés.

42. *Caisse des Retraites du Mali/Institut National de Prévoyance Sociale.* L'érection de la CRM en Caisse Malienne de Sécurité Sociale et dont le processus est en cours, devrait permettre à cette caisse d'offrir les prestations en faveur des fonctionnaires civils et des militaires en activité ou à la retraite. La restructuration de l'INPS devrait assurer les mêmes prestations au profit des travailleurs du secteur privé et indépendants en matière de sécurité sociale. La situation des affiliés se présente comme suit selon les annuaires du MDSSPA:

Tableau 21: Évolution des affiliés de CRM et de l'INPS

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
CRM/Nombre d'affiliés			16 149	16 153	30 354
INPS/Nombre d'affiliés			23 675	23 675	9 953

Sources: SiSO; voir Annexe XX.

43. **Enjeux liés à la décentralisation, la participation et la solidarité.** La décentralisation, la participation et la solidarité sont à la croisée des chemins du partenariat État-communauté. La réussite des initiatives dépend d'une part du transfert de compétences aux collectivités territoriales et aux populations et d'autre part du réaménagement des responsabilités jusqu'ici hiérarchisées. Trois types d'enjeux sont à explorer.

44. *Enjeux liés au développement local.* Le premier enjeu est d'ordre économique local. Il est fondé sur une évidence, à savoir qu'un processus de décentralisation qui n'aurait pas d'effets positifs sur le développement local passerait à côté de son objectif et pourrait susciter bien des désillusions à l'égard de la démocratie. Il est indispensable d'identifier les leviers sur lesquels il faudrait agir pour que les collectivités locales soient plus viables, plus compétitives et plus attractives.

45. Par ailleurs, malgré les efforts de décentralisation internes de la santé, dont l'augmentation des budgets des régions sanitaires et des centres de santé de référence, la gestion des ressources financières est toujours fortement centralisée dans le secteur de la santé.¹³ Cependant, l'institution du régime d'assistance médicale envisage déjà la collaboration entre l'État et les collectivités territoriales pour promouvoir l'accès des plus pauvres et des indigents aux soins de santé. Par ailleurs, un des principaux axes de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie dans les secteurs agricole et informel, adoptée récemment par le ministère chargé du développement social, envisage le renforcement de la structuration du mouvement mutualiste en collaboration avec les collectivités territoriales. Dans cette perspective, les cadres de partenariat entre l'État et les collectivités territoriales et les leçons apprises du partenariat État-communauté dans le domaine de la santé pourraient être mis à profit pour l'adaptation des mécanismes d'allocation des ressources et le renforcement et l'amélioration de la gestion.

46. Ainsi la décentralisation de la fiscalité et la mobilisation des ressources financières au niveau local deviennent des thèmes de plus en plus importants car elles déterminent non

¹³ Banque Mondiale, 2010. Mali – Revue des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière de l'État: Volume I – Rapport Principal. Gouvernement du Mali et Union Européenne: Janvier.

seulement l'autonomie d'une collectivité mais aussi son aptitude à rendre services et ses capacités d'investissement. Les progrès du transfert des compétences (des mandats mais également des ressources humaines et financières) sont importants pour le développement local. Le secteur de la santé connaît des avancées certaines dans ce domaine. Ces progrès sont importants pour le département de la santé, car les collectivités l'aident à atteindre les objectifs sectoriels, qui sont des éléments essentiels de la lutte contre la pauvreté.

47. *Enjeux liés au renforcement des capacités.* Le deuxième enjeu concerne les capacités locales, notamment des élus et des agents des nouvelles administrations. Dans le cadre communautaire et associatif, les collectivités territoriales ont montré de réelles capacités locales pour mettre en œuvre des démarches participatives et des méthodes de gestion efficaces.

48. Un des défis du processus de décentralisation, fondé sur la loi et l'application correcte des procédures officielles, est le faible taux d'alphabétisation et le manque de maîtrise de la langue officielle par la majorité de la population en milieu rural. Le manque d'expérience à l'échelon local en matière de gestion formalisée des budgets et des biens publics exige de la part des élus de nouveaux comportements et des innovations institutionnelles pour que ces élus puissent être à même de rendre des comptes aux citoyens. Ces défis devront être surmontés, notamment par la sensibilisation et la formation des élus et la mise à leur disposition de supports techniques adéquats et innovateurs adaptés à la réalité locale, et aussi par la formation continue de la population elle-même sur les enjeux de la décentralisation et la citoyenneté.

49. Jusqu'à maintenant, la prise en compte de la question de l'équité entre les sexes reste très limitée malgré les tentatives entreprises par la DNCT et les collectivités territoriales 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.

50. *Enjeux liés aux relations de partenariat.* Le troisième enjeu concerne les relations de partenariat entre les multiples acteurs du processus. La décentralisation intervient, en effet, dans un contexte de pluralisme institutionnel qui met les collectivités locales en présence à la fois de l'État, de ses services déconcentrés, des diverses institutions de la société civile — qu'elles soient modernes ou traditionnelles — et des prestataires des services privés. La restructuration de l'État peut se faire à court terme, car les services peuvent être facilement changés. Par contre, le changement des mentalités exige beaucoup plus de temps en raison des comportements acquis depuis l'aube des temps. Il faut changer les mentalités et les comportements, avec méthode et savoir-faire, tout en tenant compte de ne pas exclure les anciens gestionnaires car chacun a un rôle à jouer. Avec les institutions de la société civile, y compris les pouvoirs locaux traditionnels, les relations se jouent en termes de complémentarité, de compétition, voire de conflit. Leur bonne gestion conditionne le renforcement du processus de décentralisation et le développement local ainsi que l'adhésion de la population aux communes, et la mobilisation des ressources.

CHAPITRE 6. FINANCEMENT DES COMPOSANTES DU PRODESS

6.1 APERÇU

1. Le suivi des programmes d'ajustement structurels (au cours des années 1980) visant à rétablir l'équilibre macroéconomiques et la viabilité des finances publiques, couplées avec la dévaluation du FCFA (en 1994) ont permis au Mali d'accomplir des progrès appréciables vers la stabilisation macroéconomique. Néanmoins, l'économie du Mali demeure encore vulnérable aux chocs exogènes (par ex., aléas climatiques, fluctuations des termes de l'échange, crises socio-politiques en Afrique de l'Ouest).

2. Au cours du déroulement du PDDSS, le Mali a bénéficié d'un accroissement des sources de financement des secteurs sanitaire et social, d'une augmentation des montants disponibles pour la mise en œuvre des PRODESS et de certaines mesures d'assouplissement dans le décaissement des ressources financières.

3. Les données présentées dans ce chapitre proviennent de deux sources principales: celles fournies par la Direction Générale du Budget, qui permettent les analyses globales et certains calculs de ratios des dépenses et celles fournies par les DFM des ministères lors des Comités techniques et de Suivi du PRODESS, qui intègrent d'autres sources de financements sectoriels tels que le recouvrement des coûts, les montants issus des communautés et des collectivités et la contribution de certains projets hors BSI. Il faut noter cependant que ces différentes sources ne sont malheureusement pas entièrement comparables.

4. **Évolution macroéconomique.** L'évolution des indicateurs macroéconomiques montre que l'économie malienne a connu une certaine amélioration ces dernières années. En effet, entre 2002 et 2009, le taux de croissance annuel du PIB a oscillé entre 2% et 7%, ce taux ayant été supérieur à 4% pendant 6 années au cours de la période des 8 ans. Cette performance en dents de scie est due essentiellement aux conditions climatiques qui ont été plus ou moins favorables ces dernières années.

5. En reconnaissance de ces progrès accomplis par le gouvernement dans la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et structurelles, le Mali est devenu le septième pays à atteindre le point d'achèvement (en février/mars 2003) de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). L'initiative PPTTE et l'Allègement de la Dette Multilatérale (l'ADM) en 2006 ont permis au pays de bénéficier de ressources additionnelles importantes. C'est ainsi que les dépenses budgétaires totales sont passées de 512,0 milliards de FCFA en 2002 à 856,3 milliards de FCFA en 2008.

Tableau 22: Produit intérieur brut et les dépenses publiques (2002–2008) (en milliards de FCFA)

Rubriques	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIB							
PIB nominal	2 329,9	2 574,1	2 610,7	2 829,0	3 131,0	3 321,0	3 779,0
PIB réel (prix de 1987)	1 155,8	1 241,3	1 269,2	1 347,1	1 417,1	1 478,7	1 556,2
Taux de croissance annuel (%)	4,30	7,40	2,20	6,10	5,30	3,10	4,90
Budget National							
Dépenses courantes	308,7	316,3	350,0	376,6	411,8	437,1	475,4
Dépenses d'investissement	203,1	219,2	242,2	268,1	340,8	395,6	380,9
Dépenses budgétaires totales	511,7	535,5	592,2	644,7	752,6	832,7	856,3
Taux de croissance annuel (%)		4,65	10,59	8,87	16,74	10,64	2,83

Sources: 2002-08: Banque Mondiale, 2010. Mali: Revue des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat.; Volume 1 — Rapport Principal. Janvier 2011.

6. Cette augmentation du budget national a permis aux trois ministères du PRODESS de bénéficier de manière significative de ressources additionnelles en faveur du développement.

6.2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ

7. **Évolution des dépenses totales de santé.** Les informations sur l'évolution des dépenses de santé sont présentées en Annexe 8. Comme le montre le tableau suivant, le montant des dépenses effectives de santé en termes absolus a plus que doublé au cours de la période. Il en est de même pour les dépenses de santé par tête d'habitant. En effet, selon les estimations de l'OMS, les dépenses totales de santé (DTS) ont fortement augmenté pendant la période du PDDSS, passant de 18 à 38 dollars US par tête d'habitant en dépenses totales et de 6 à 18 dollars US en dépenses de l'administration publique.

8. En termes de DTS par rapport au PIB et par habitant, le Mali se situe à une place moyenne en comparaison avec les autres pays africains au Sud du Sahara pour tout ce qui concerne les indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé.

Tableau 23: Comparaison des résultats des CNS parmi certains pays d'Afrique

Pays	Année	Dépenses totales de santé					Année	Dépenses totales de santé				
		du PIB	Par habitant	Du gouv. par habitant (US\$)	AES en des DTS	DPS en des DTS		du PIB	Par habitant	Du gouv. par habitant (US\$)	AES en des DTS	DPS en des DTS
Sénégal	2005	3,7	11,0	7,0	40,2	33,6	2009	5,7	59,0	33,0	14,0	55,6
Madagascar	2005	3,7	11,0	7,0	40,2	33,6	2009	4,1	18,0	12,0	28,3	67,1
Niger	2005	5,7	15,0	8,0	34,9	49,0	2009	6,1	21,0	12,0	32,6	57,6
Mozambique	2005	5,4	17,0	12,0	55,6	27,5	2009	5,7	25,0	18,0	72,0	73,2
Mali	2004	5,5	27,0	13,0	13,8	51,3	2009	5,6	38,0	18,0	25,6	47,9
Burkina Faso	2005	6,7	27,0	16,0	35,7	40,5	2009	6,4	38,0	23,0	21,9	61,7
Cote d'Ivoire	2005	3,9	33,0	7,0	5,1	78,2	2009	5,1	55,0	10,0	10,6	18,8
Rwanda	2006	11,0	34,0	6,0	53,0	28,0	2009	9,0	48,0	21,0	53,2	43,2
Nigéria	2005	6,6	53,0	16,0	3,7	70,6	2009	5,8	69,0	25,0	4,9	36,3

9. Selon des estimations faites dans 49 pays à faible revenu, il est suggéré qu'il faut au moins 60 dollars US par habitant d'ici l'an 2015 pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les DTS moyennes par habitant pour ces 49 pays sont de 32 dollars US en 2010.

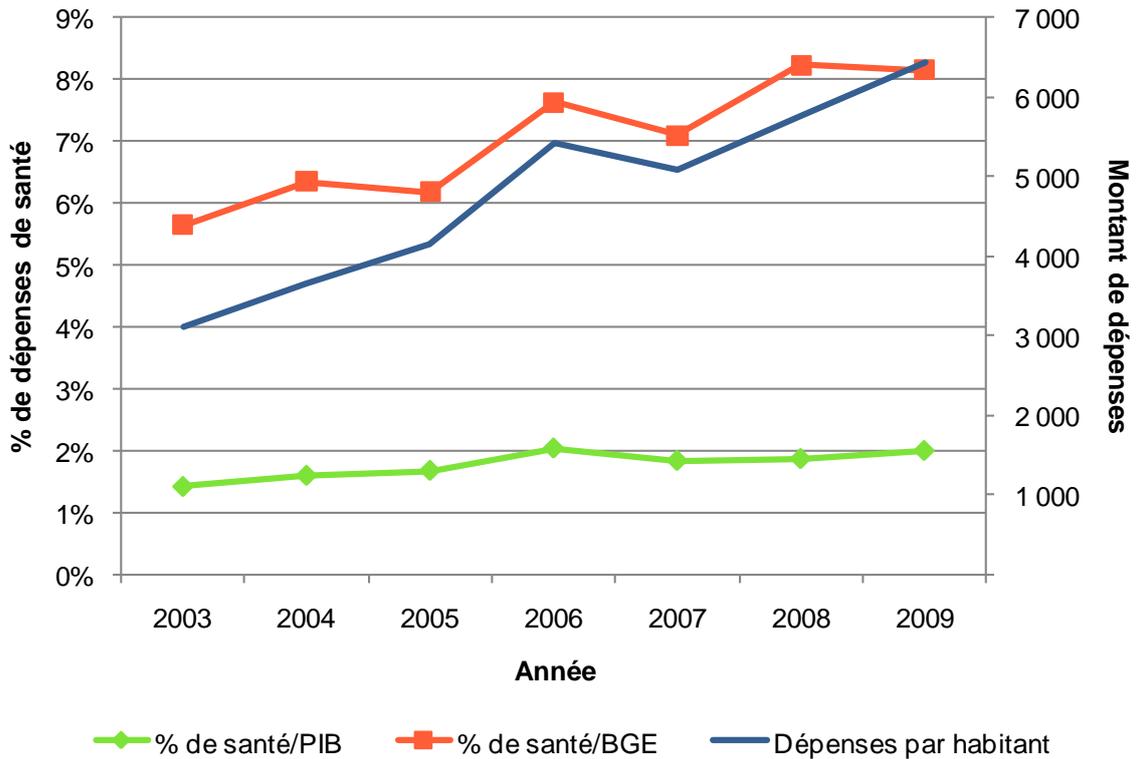
10. Si, en termes absolus, le Mali a fait beaucoup d'efforts pour atteindre des OMD en 2015, par rapport à d'autres mesures, les résultats sont moins frappants:

Tableau 24: Évolution des dépenses de santé par rapport au BGE (2003-2009) (en millions de FCFA)

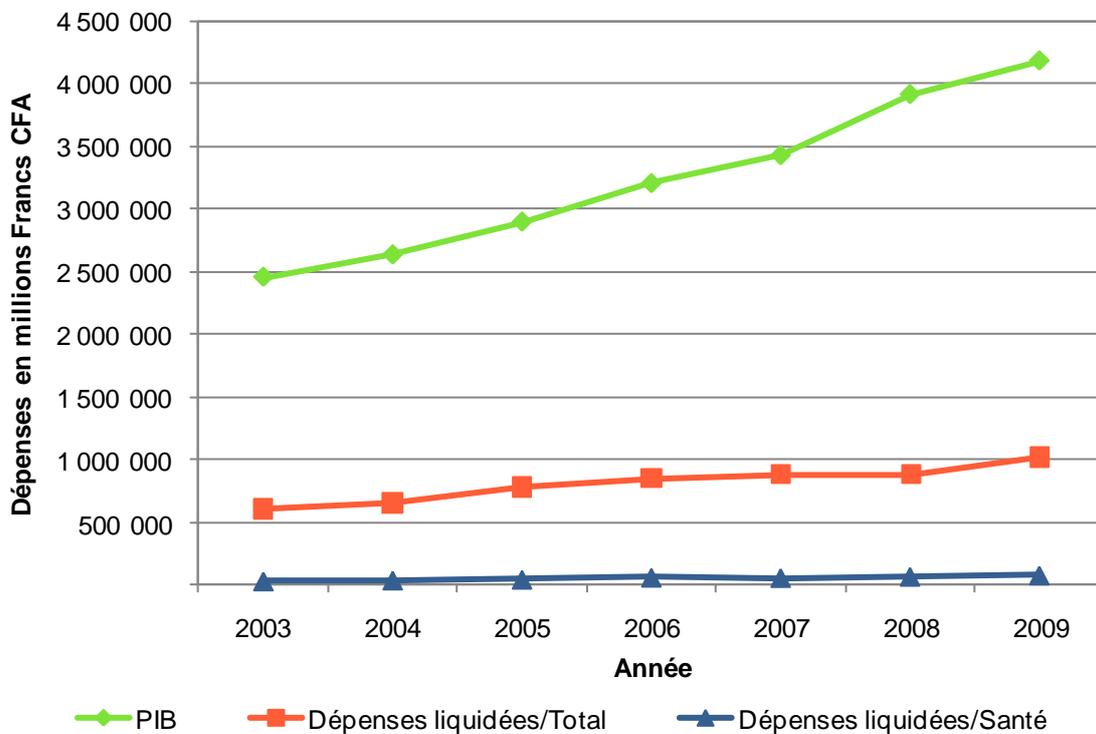
Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIB	2 453 600	2 632 100	2 893 900	3 201 500	3 424 500	3 912 800	4 181 000
Budget Générale de l'Etat							
Dépenses liquidées/Total	610 680	657 991	782 197	852 510	882 147	883 187	1 021 180
Dépenses liquidées/Santé	34 533	41 785	48 424	65 067	62 668	72 649	83 354
Ratios							
% santé/PIB	1,41%	1,59%	1,67%	2,03%	1,83%	1,86%	1,99%
% Santé/BGE	5,65%	6,35%	6,19%	7,63%	7,10%	8,23%	8,16%
Dépenses par tête d'habitant	3 113	3 663	4 142	5 428	5 095	5 755	6 432

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 46 et 47, pp. 149, 150.

Graphique a – Tableau 24: Ratios des dépenses de santé et montant des dépenses par habitant (2003–2009)



Graphique b - Tableau 24: Évolution des dépenses de santé par rapport au budget général de l'état (2003-2009) (en millions FCFA)



11. Comme le montre le Tableau 24, ci-dessus, par rapport au PIB et à la proportion des dépenses de santé dans le BGE, l'évolution des résultats est certaine, mais en dents de scie. En outre, le budget de la santé est loin d'atteindre les 15% de l'engagement des chefs d'état africains.

12. Le BGE est composé des éléments traditionnels (personnel, fonctionnement, transferts ou mandats, équipements et autres investissements) et des éléments exceptionnels (PSTE, BSI et ABS). Le Tableau 25, ci-après, les résume globalement en valeur et en pourcentage.

Tableau 25: Évolution des dépenses de santé du BGE (2003-2009) (en millions de FCFA et %)

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Total/Budget Général	34 533	41 785	48 423	65 067	62 668	72 650	83 354	408 480
Éléments traditionnels	20 171	23 187	26 166	31 227	36 043	40 376	45 742	222 912
% du BGE	58,4%	55,5%	54,0%	48,0%	57,5%	55,6%	54,9%	54,6%
Éléments exceptionnels	14 362	18 598	22 257	33 840	26 625	32 274	37 612	185 568
% du BGE	41,6%	44,5%	46,0%	52,0%	42,5%	44,4%	45,1%	45,4%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 46 et 47, pp. 149, 150.

13. En dehors de l'année 2006, la composition du budget est restée très stable, avec 55% des dépenses du BGE destinées aux catégories de personnel, fonctionnement, transferts, équipements et autres investissements.

14. **Analyse des sources et montants de financement de la santé.** Le financement de la mise en œuvre de la composante santé du PRODESS est assuré à travers le soutien conjoint des différentes parties prenantes qui sont: (i) l'État; (ii) les recouvrements par les différentes institutions et les ménages; (iii) les communautés; (iv) les collectivités décentralisées; et (v) les partenaires techniques et financiers (PTF) à travers les projets et l'appui budgétaire. Les montants exécutés pour la mise en œuvre selon la source de financement des PO sont résumés dans le Tableau 26, ci-après:

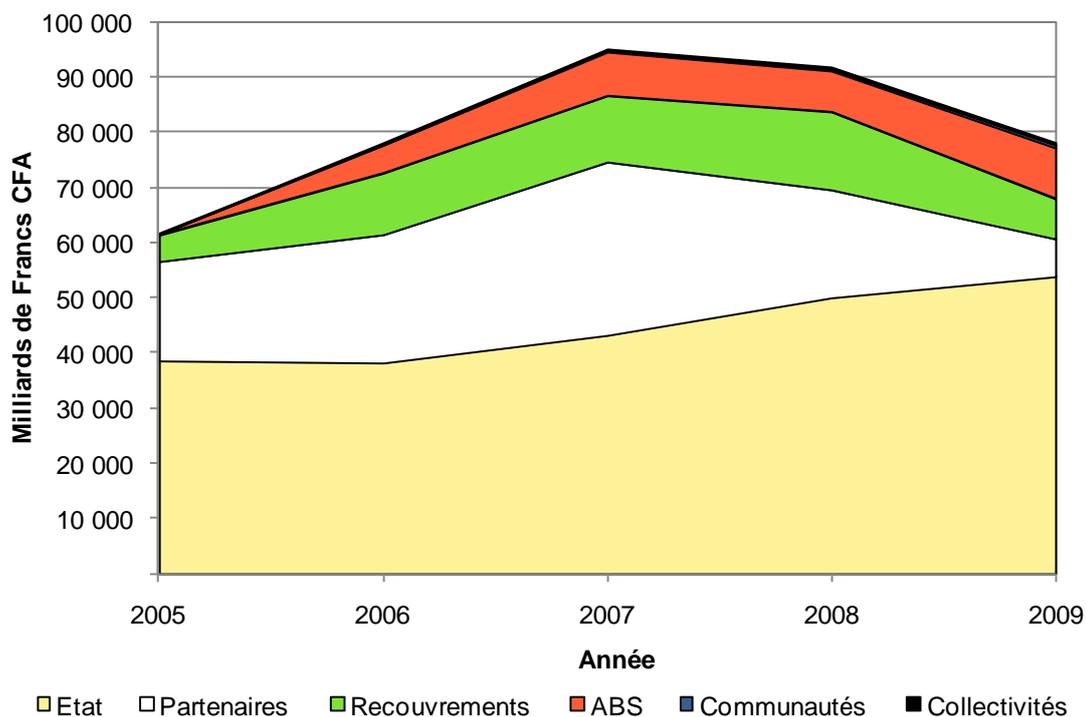
Tableau 26: Exécution des dépenses par source de financement

Sources	2005		2006		2007	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
État	38 754	62,7	38 379	49,0	43 371	45,5
ABS		0,0	5 036	6,4	8 037	8,4
Recouvrements	4 757	7,7	11 106	14,2	11 965	12,6
Communautés	246	0,4	193	0,2	210	0,2
Collectivités	114	0,2	386	0,5	311	0,3
Partenaires	17 972	29,1	23 193	29,6	31 330	32,9
Total	61,844	100,0	78,293	100,0	95,225	100,0

Sources	2008		2009		Total	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
État	50 155	54,5	53 981	68,9	224 641	55,4
ABS	7 503	8,2	9 184	11,7	29 760	7,3
Recouvrements	14 070	15,3	7 216	9,2	49 114	12,1
Communautés	355	0,4	624	0,8	1 629	0,4
Collectivités	364	0,4	471	0,6	1 645	0,4
Partenaires	19 516	21,2	6 827	8,7	98 838	24,4
Total	91 962	100,0	78 303	100,0	405 626	100,0

Sources: DFM; Evaluation des opérations d'AB au Mali, Volume III, Tableau 48.

**Graphique Tableau 26: Exécution des dépenses selon la source de financement
(en millions de FCFA)**



15. De manière générale, le financement octroyé à la mise en œuvre de la composante santé du PRODESS a connu une croissance importante jusqu'en 2007. Cette croissance a subi un fléchissement, de 4% en 2008 et de 15% en 2009 pour revenir en-dessous de son niveau de 2006. En examinant les données dans le Tableau 27, ci-après, on voit clairement que cette diminution est largement imputable à la contribution des partenaires au développement, qui est passée de 32,9% du financement total en 2007 à 21,2% en 2008 et 8,7% en 2009. Plus inquiétant encore, l'augmentation constante du montant courant du budget de l'État n'a pas pu compenser la chute dramatique des dépenses des partenaires (et dans un moindre degré les dépenses pour les recouvrements).

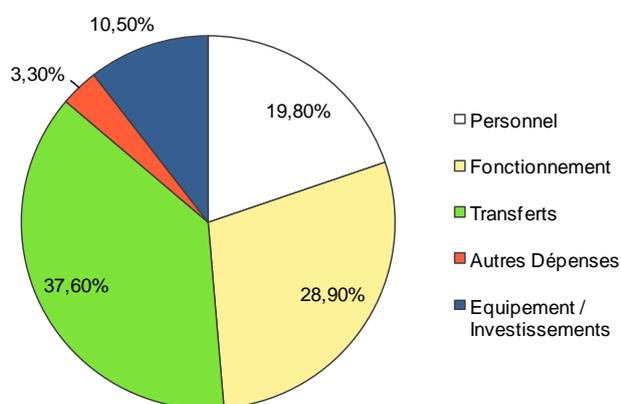
16. *Budget de l'État.* Une analyse plus détaillée des éléments traditionnels (personnel, fonctionnement, transferts, et équipements et autres investissements) du budget de la santé est présentée dans le Tableau 27:

Tableau 27: Évolution des éléments traditionnels de dépenses de santé (en millions de FCFA et %)

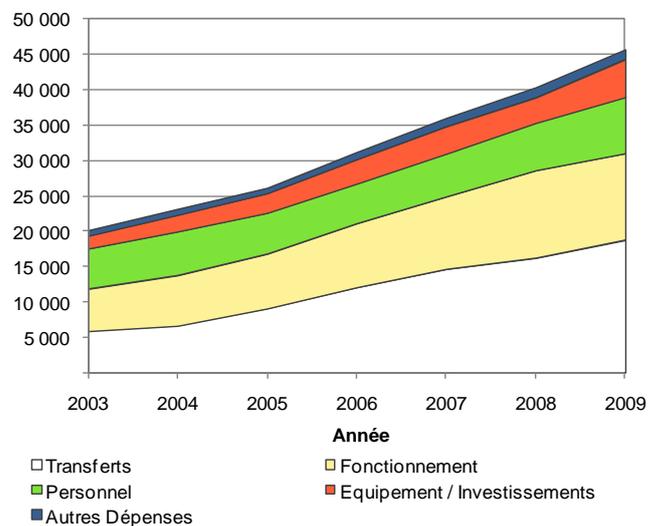
Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Eléments BGE	20 171	23 187	26 166	31 227	36 043	40 376	45 741	222 911
Personnel								
Montant des dépenses	5 641	6 157	5 767	5 629	6 102	6 781	8 040	44 117
%	28,0%	26,6%	22,0%	18,0%	16,9%	16,8%	17,6%	19,8%
Fonctionnement								
Montant des dépenses	5 944	7 107	7 694	8 987	10 174	12 282	12 136	64 323
%	29,5%	30,7%	29,4%	28,8%	28,2%	30,4%	26,5%	28,9%
Transferts								
Montant des dépenses	5 964	6 712	9 151	12 138	14 726	16 308	18 853	83 852
%	29,6%	28,9%	35,0%	38,9%	40,9%	40,4%	41,2%	37,6%
Autres dépenses								
Montant des dépenses	789	843	763	1 010	1 161	1 388	1 326	7 280
%	3,9%	3,6%	2,9%	3,2%	3,2%	3,4%	2,9%	3,3%
Équipement/Investissement								
Montant des dépenses	1 833	2 368	2 792	3 463	3 881	3 616	5 386	23 340
%	9,1%	10,2%	10,7%	11,1%	10,8%	9,0%	11,8%	10,5%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 46 et 47, pp. 149, 150.

Graphique a – Tableau 27: Distribution des dépenses de santé par type de dépenses (2009)



Graphique b – Tableau 27: Évolution des dépenses de santé par type de dépense de 2003 à 2009 (en millions de FCFA)



Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p.54; EU, Anx III, 46 et 47, pp.149, 150.

17. L'examen du Tableau 27, ci-dessus, montre que la structure de l'ensemble des dépenses du budget de la santé est restée relativement stable au cours de la période sauf la part du budget consacrée au personnel, lequel a diminué depuis 2006, et les transferts lesquels occupent une place assez importante dans les dépenses de santé.

18. *Partenaires techniques et financiers/Appui Budgétaire Santé.* Pendant les années 1980 toutes les interventions qui bénéficiaient de l'aide extérieur se faisaient sous forme de projet

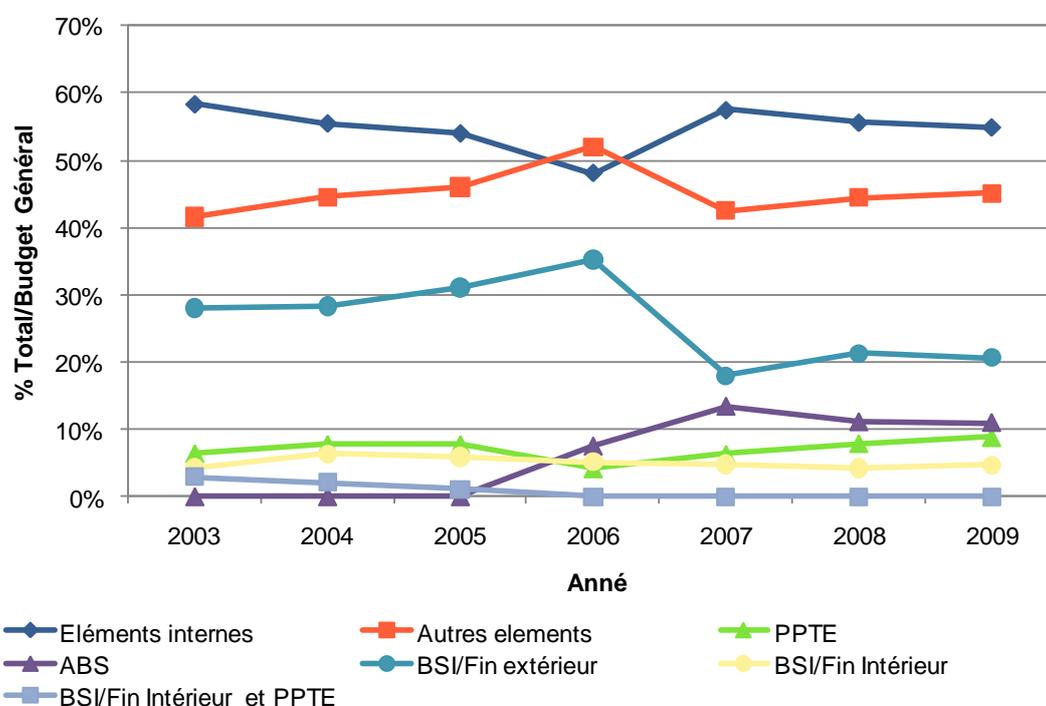
spécifique par bailleurs qui adressait un domaine spécifique de la santé. Au début des années 1990, le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), un projet multi-bailleurs, et global couvrant tous les domaines du développement sanitaire, a été mis en route pour assurer l'intégration et l'harmonisation des interventions. Malgré ces avancés dans la coordination de l'aide aux objectifs du PRODESS, une grande partie des PTF a continué à financer les interventions selon leurs propres procédures. Le Tableau 27, ci-après, montre l'évolution des éléments exceptionnels du BGE, à savoir (i) les fonds PPTE, (ii) les différents BSI et (iii) l'ABS:

**Tableau 28: Évolution des éléments exceptionnels de dépenses de santé
(en millions de FCFA et %)**

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Eléments BGE	14 362	18 598	22 257	33 840	26 625	32 274	37 612	185 568
PPTE								
Montant des dépenses	2 205	3 262	3 763	2 685	3 976	5 715	7 328	28 934
%	15,4%	17,5%	16,9%	7,9%	14,9%	17,7%	19,5%	15,6%
BSI/Financement intérieur								
Montant des dépenses	1 482	2 644	2 868	3 350	3 013	3 024	3 915	20 296
%	10,3%	14,2%	12,9%	9,9%	11,3%	9,4%	10,4%	10,9%
BSI/Financement intérieur et PPTE								
Montant des dépenses	995	885	554	0	0	0	0	2 434
%	6,9%	4,8%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
BSI/Financement extérieur								
Montant des dépenses	9 680	11 807	15 072	22 922	11 250	15 470	17 185	103 386
%	67,4%	63,5%	67,7%	67,7%	42,3%	47,9%	45,7%	55,7%
ABS								
Montant des dépenses	0	0	0	4 883	8 385	8 065	9 184	30 517
%	0,0%	0,0%	0,0%	14,4%	31,5%	25,0%	24,4%	16,4%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 46 et 47, pp. 149, 150.

Graphique Tableau 28: Évolution des dépenses de santé en pourcentage du BGE (2003-2009)



* PPTE—Pays pauvres très endettés; ABS—Aide budgétaire sectorielle; BSI—Budget Spécial d'Investissement
Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p.54; EU, Anx III, 46 et 47, pp.149, 150.

19. À partir de l'examen du Tableau 28, ci-dessus, on peut noter que le financement extérieur représentait les deux-tiers des dépenses avant l'arrivée de l'appui budgétaire qui constitue une contribution assez important aux dépenses de santé, surtout depuis 2007.

20. L'appui budgétaire sectoriel (ABS) a commencé en 2006, dans le cadre de la mise en œuvre de l'Approche Sectorielle, lorsque certains partenaires (la Suède et les Pays-Bas) ont accepté de contribuer au développement du secteur de la santé selon cette approche. La progression de l'ABS est présentée dans le Tableau 29, ci-après:

Tableau 29: Évolution des décaissements de l'appui budgétaire

Décaissements	2006	2007	2008	2009	Total
Au Trésor	4 785	5 200	10 008	11 119	31 112
Pays Bas	2 600	2 600	2 624	2 600	10 424
Suède	2 185	1 500	2 304	2 182	8 171
Canada		1 100	5 080	5 681	11 861
Espagne				656	656
En dépenses de santé	4 883	8 385	8 065	9 184	30 517

Source: Eval. des opérations d'AB, Synthèse, Tableaux 16 et 17, p. 54.

21. L'évolution de l'ABS à la santé a suivi une progression importante en décaissements au Trésor passant de 4,8 milliards en 2006 à 11,1 milliards de FCFA en 2009, et en dépenses pour la santé passant de 7,50% en 2006 à 11,02% en 2009. En outre, les procédures de mise en œuvre de l'ABS s'intègrent dans le budget de l'État: les financements mobilisés à travers l'ABG et l'ABS sont mobilisés et exécutés à travers la Direction Administrative et Financières (DAF), actuelle Direction des Finances et du Matériel (DFM) des ministères concernés qui assurent la gestion et le suivi de ses financements en relation avec les structures nationales chargées des finances publiques.

22. Cependant, selon les informations recueillies auprès de certains partenaires, le nombre de pays participant dans l'ABS a diminué de 4 en 2009 à 2 en 2010 et à 1 en 2011. Ce qui est dommage, compte tenu du fait que cette approche est la plus appropriée pour la mise en œuvre de l'Approche Sectorielle.

23. *Collectivités et communautés.* Les collectivités commencent timidement mais sûrement à participer au financement de la santé en appui, essentiellement, aux centres de santé communautaires. Cette participation, qui a atteint 1% du financement du PRODESS en 2009 porte généralement sur certaines réalisations ponctuelles au profit des CSCom. On s'attend à ce que, de plus en plus, le développement sanitaire et social soit pris en compte dans les plans de développement des collectivités décentralisées, et qu'une partie de plus en plus importante des subventions reçues de l'État et des recettes collectées localement soient allouées à la santé.

24. *Recouvrements.* La contribution des ménages à travers les recettes du recouvrement des couts et celles des EPA représentent une part importante dans le financement du fonctionnement des CSRéf, des CSCom et des hôpitaux, mais elles ne sont pas prises en compte ou mises en exergue dans les rapports financiers.

25. *Analyse des dépenses de santé.* La présentation des informations dans les bilans annuels permettent une analyse des dépenses par niveau, par volet et par nature des dépenses.

26. *Niveau.* La répartition des dépenses par niveau au cours des 5 dernières années est présentée dans le Tableau 30, ci-après:

Tableau 30: Évolution des dépenses par niveau (en pourcentage)

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Niveau central (%)	69,1	73,6	76,2	75,7	60,1	71,4
Niveau régional (%)	30,9	26,4	23,8	24,3	39,9	28,6
Zone 1	57,0	45,7	62,1	53,5	56,6	55,2
Zone 2	32,2	43,0	26,6	31,7	31,5	32,7
Zone 3	10,8	11,3	11,3	14,8	11,9	12,0

Source: Annexe XX; Bilans des PO.

27. Globalement, on remarque que l'essentiel du financement a bénéficié au niveau central, mais il faut noter que ce financement comprend aussi les financements octroyés aux EPH nationales, aux institutions spécialisées et à la société civile. Cette tendance serait imputable premièrement, aux nouvelles constructions au niveau central (CREDOS, Agence nationale de la sécurité sanitaire des aliments [ANSSA], INFSS, Hôpital de Sikasso) et deuxièmement, aux dépenses d'investissements exécutées au niveau central au niveau opérationnel (achats groupés de médicaments, vaccins, équipements, etc. Selon les orientations du PRODESS II Prolongé, ce taux devrait baisser à 20% au profit du niveau régional et du district sanitaire.

28. Le niveau régional, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'a obtenu que 29% du financement, soit à peu près la moitié du montant prévu selon les hypothèses sous-jacentes du cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). La Zone 1 qui comprend les régions les plus pauvres a bénéficié de 55% des dépenses (60% des dépenses courantes à ce niveau était prévu). Les montants moyens annuels de dépenses par région varient de 0.6 milliard pour Kidal à 4.4 milliards pour Sikasso. Ce constat interpelle tous les acteurs, et plus particulièrement les décideurs, pour que le niveau opérationnel régional qui constitue la cheville ouvrière de tout le système de santé bénéficie d'un appui financier conséquent. En effet, c'est à ce niveau que les bénéficiaires se trouvent et sont impliqués dans la gestion du développement sanitaire.

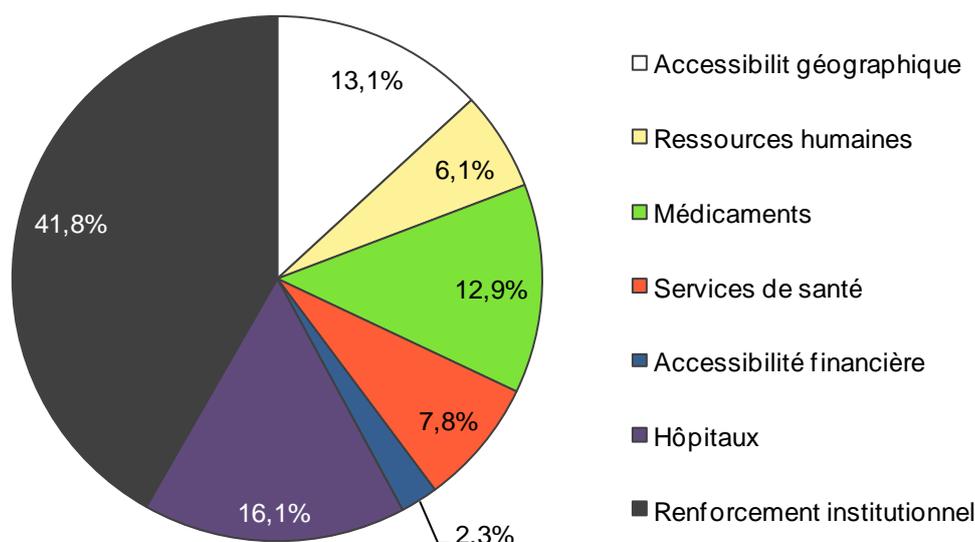
29. *Volet.* La répartition des dépenses par volet du PRODESS au cours des 5 dernières années est présentée dans le Tableau 31, ci-après:

Tableau 31: Évolution des dépenses par volet (en pourcentage)

Volet	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Accessibilité géographique	20,4	12,1	14,7	6,9	13,8	13,1
Ressources humaines	6,6	5,6	5,5	4,2	9,4	6,1
Médicaments	11,6	14,2	12,6	13,1	12,5	12,9
Services de santé	5,7	7,1	10,5	6,6	8,0	7,8
Accessibilité financière	1,1	2,7	2,3	2,1	2,9	2,3
Hôpitaux	13,7	15,7	17,3	19,5	12,8	16,1
Renforcement institutionnel	40,8	42,6	37,1	47,6	40,6	41,8

Source: Annexe 4; Bilans des PO.

Graphique Tableau 31: Répartition des dépenses* par volet (2005 à 2009)



Source: Annexe XX; Bilans des PO.

30. L'essentiel des financements, soit en moyenne 42%, a été injecté dans le renforcement des capacités institutionnelles entre 2005 et 2009. Ensuite viennent le renforcement des hôpitaux pour 16%, les médicaments essentiels pour 13% et l'accessibilité géographique pour 12%. L'amélioration de la qualité des services de santé et la lutte contre la maladie, le développement des ressources humaines et l'accessibilité financière viennent après avec respectivement 8%, 6% et 2% des financements alors que ces volets sont considérés comme étant déterminants, non seulement, pour améliorer l'offre, mais aussi pour augmenter l'utilisation des services par la population.

31. *Nature des dépenses.* La répartition des dépenses par nature de dépenses au cours des 5 dernières années est présentée dans le Tableau 32, ci-après:

Tableau 32: Évolution des dépenses par nature (en pourcentage)

Nature	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Génie civil	13,5	13,5	15,9	12,5	15,4	14,3
Équipement	13,1	13,1	2,4	12,7	10,3	10,0
Assistance technique	0,4	0,4	0,3	0,9	0,6	0,5
Formation et recherche	7,3	7,3	8,0	6,0	5,7	6,9
Consommables	18,0	18,0	30,0	24,7	13,5	21,6
Salaires et primes	14,3	14,3	13,1	16,0	22,8	16,1
Fonctionnement hors salaires	33,4	33,4	30,4	27,3	31,7	31,2

Source: Annexe 4; Bilans des PO.

32. L'examen des exécutions financières par catégorie de dépense fait ressortir que la part la plus importante du financement, soit 31% des dépenses de 2005 à 2009, a bénéficié au fonctionnement hors salaires. Cette tendance est tout à fait normale quand on sait qu'il s'agit essentiellement de charges fixes pour soutenir la bonne marche des investissements consentis avant ou pendant la mise en œuvre du PRODESS. En dehors des équipements et consommables, la part des autres catégories de dépenses est restée plus ou moins constante sur toute la période.

33. En ce qui concerne les consommables médicaux (avec 22% du financement durant la période), la part importante en 2007 et 2008 s'explique par la décision des autorités politiques à subventionner et rendre gratuite la prise en charge de certaines maladies (le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, le VIH/SIDA, la tuberculose, le cancer, etc.) et les césariennes. La chute en 2009 reste à expliquer.

34. On peut remarquer, également, que des efforts importants ont été déployés pour l'extension de la couverture sanitaire à travers les constructions, 13%, et les équipements, 10% pour la mise en place des CSCom et rendre plus fonctionnels les CSRéf et les hôpitaux régionaux. À l'avenir, il sera peut être plus judicieux, compte tenu de la couverture actuelle en infrastructures, de s'occuper un peu plus du renforcement des acquis à travers un appui plus conséquent au fonctionnement et à la maintenance, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des services.

6.3 MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITÉ ET DES PERSONNES AGÉES

35. **Évolution des dépenses totales du secteur social.** Les informations sur l'évolution des dépenses du secteur social sont présentées en Annexe 9. Comme le montre le Tableau 32, ci-après, les montants des dépenses sociales effectives de santé en termes absolus ont augmentées de manière importante au cours de la période.

Tableau 33: Évolution des dépenses sociales par rapport au BGE (2003-2009) (en millions de FCFA)

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIB	2 453 600	2 632 100	2 893 900	3 201 500	3 424 500	3 912 800	4 181 000
Budget Générale de l'Etat							
Dépenses liquidées/Total	610 680	657 991	782 197	852 510	882 147	883 187	1 021 180
Dépenses liquidées/Social	17 991	27 971	30 668	26 767	35 119	29 595	42 390
Ratios							
% santé/PIB	0,73	1,06	1,06	0,84	1,03	0,76	1,01
% Santé/BGE	2,95	4,25	3,92	3,14	3,98	3,35	4,15

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 50 et 51, pp. 154-155.

36. Entre 2005 et 2009, le financement des dépenses sociales a plus que doublé; elles représentent à peu près la moitié des dépenses de santé et ont varié plus ou moins de la même manière annuellement que les dépenses de santé.

37. Le BGE est composé des éléments traditionnels (personnel, fonctionnement, transferts, et équipements et autres investissements) et des éléments exceptionnels (PPTe, BSI et ABS). Le Tableau 34, ci-après, les résume globalement en valeur et en pourcentage.

Tableau 34: Évolution des dépenses sociales du BGE (2003–2009) (en millions de FCFA et %)

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Total/Budget Général	17 991	27 972	30 668	26 766	35 119	29 595	32 389	200 500
Éléments traditionnels	11 175	21 301	20 943	22 609	26 152	16 762	19 420	138 362
% du BGE	62,1%	76,2%	68,3%	84,5%	74,5%	56,6%	60,0%	69,0%
Éléments exceptionnels	6 816	6 671	9 725	4 157	8 967	12 833	12 969	62 138
% du BGE	37,9%	23,8%	31,7%	15,5%	25,5%	43,4%	40,0%	31,0%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 50 et 51, pp. 154-155.

38. L'analyse du Tableau 34, ci-dessus, montre que l'instabilité des financements extérieurs a contribué aux montants assez variables des dépenses sociales. L'augmentation des montants des sources extérieures et l'arrivée de l'ABS à partir de 2007 sont à l'origine de l'accroissement des dépenses sociales.

39. Analyse des sources et montants de financement du développement social. Le financement de la mise en œuvre du composant développement social du PRODESS est assuré à travers le soutien conjoint des différentes parties prenantes qui sont: (i) l'État; (ii) les recouvrements par les différentes institutions et les ménages; (iii) les communautés; (iv) les collectivités décentralisées; et (v) les partenaires techniques et financiers (PTF) à travers les projets et l'appui budgétaire. Les montants exécutés pour la mise en œuvre des PO sont résumées par source de financement dans le Tableau 35, ci-après.

Tableau 35: Exécution des dépenses par source de financement

Sources	2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	Montant	%	Montant	%								
Etat	18 228	27,0	25 907	84,1	45 227	51,5	18 434	28,7	37 343	42,9	145 141	43,1
ABS		0,0		0,0	1 783	2,0	1 753	2,7	1 607	1,8	5 142	1,5
Recouvrements	46 278	68,4	692	2,2	30 053	34,3	34 066	53,1	38 871	44,7	149 959	44,5
Communautés	98	0,1	8	0,0		0,0		0,0	28	0,0	134	0,0
Collectivités	23	0,0	17	0,1		0,0		0,0	19	0,0	59	0,0
Partenaires	2 988	4,4	4 175	13,6	10 290	11,7	9 912	15,4	9 109	10,5	36 473	10,8
Société civile					392		342				734	0,2
Total	67 615	100	30 800	100	87 744	100	64 165	100	86 976	100	336 908	100

Sources: DFM; Evaluation des opérations d'AB au Mali, Volume III, Tableaux 50 et 51, pp. 154-155.

40. Le Développement Social est financé essentiellement par l'État, les recettes propres et la combinaison des partenaires, ainsi que par des allocations de l'ABS.

41. *Budget de l'État.* Une analyse plus détaillée des éléments traditionnels du budget du MDSSPA est présentée dans le Tableau 36, ci-après:

Tableau 36: Évolution des éléments traditionnels de dépenses du MDSSPA (en millions de FCFA et %)

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Éléments internes	11 175	21 301	20 943	22 609	26 152	16 762	19 420	138.362
Personnel								
Montant des dépenses	845	861	906	1 052	1 239	1 355	1 836	8.095
%	7,6%	4,0%	4,3%	4,7%	4,7%	8,1%	9,5%	5,9%
Fonctionnement								
Montant des dépenses	1 087	1 244	1 385	1 499	1 597	1 601	1 282	9 696
%	9,7%	5,8%	6,6%	6,6%	6,1%	9,6%	6,6%	7,0%
Transferts								
Montant des dépenses	9 010	18 921	18 315	19 452	22 599	12 861	15 523	116 682
%	80,6%	88,8%	87,5%	86,0%	86,4%	76,7%	79,9%	84,3%
Autres dépenses								
Montant des dépenses	173	214	242	292	370	397	302	1.991
%	1,5%	1,0%	1,2%	1,3%	1,4%	2,4%	1,6%	1,4%
Équipements/Investissements								
Montant des dépenses	60	60	95	313	346	548	476	1 899
%	0,5%	0,3%	0,5%	1,4%	1,3%	3,3%	2,5%	1,4%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 50 et 51, pp. 154-155.

42. L'examen du Tableau 36, ci-dessus, montre que la structure de l'ensemble des dépenses sociales, en dehors des dépenses de personnel, du budget de la santé est restée relativement stable au cours de la période et que les transferts occupent une place assez importante dans les dépenses sociales. Il est intéressant de signaler ici que le poids des recettes des cotisations pour la protection sociale est très élevé et donne l'impression que le secteur du développement social a reçu beaucoup de financement. À l'avenir, il va falloir que le secteur se concentre plus sur les activités opérationnelles de mise en œuvre du PRODESS en procédant à une évaluation objective de ses besoins de financement.

43. *Partenaires techniques et financiers/Appui Budgétaire Social.* Les données précises sur la part des PTF et de l'ABS ainsi que les autres sources spéciales destinées au développement du secteur social sur la période 2005–2009 sont présentées dans le Tableau 37, ci-après:

**Tableau 37: Évolution des éléments exceptionnels
de dépenses du MDSSPA (en millions de FCFA et %)**

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Eléments BGE	6 816	6 671	9 725	4 157	8 967	12 833	12 969	62 139
PPTE								
Montant des dépenses	404	905	1 155	1 155	1 150	1 150	874	6 793
%	5,9%	13,6%	11,9%	27,8%	12,8%	9,0%	6,7%	10,9%
BSI/Financement intérieur								
Montant des dépenses	714	1 163	1 633	1 442	1 546	1 472	2 530	10 500
%	10,5%	17,4%	16,8%	34,7%	17,2%	11,5%	19,5%	16,9%
BSI/Financement intérieur et PPTE								
Montant des dépenses	215	100	926	250	410	350	225	2 476
%	3,2%	1,5%	9,5%	6,0%	4,6%	2,7%	1,7%	4,0%
BSI/Financement extérieur								
Montant des dépenses	5 483	4 503	6 011	1 311	4 078	8 108	7 734	37 228
%	80,4%	67,5%	61,8%	31,5%	45,5%	63,2%	59,6%	59,9%
ABS								
Montant des dépenses	0	0	0	0	1 783	1 753	1 607	5 142
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	19,9%	13,7%	12,4%	8,3%

Sources: EU, Synthèse ABS, Tab 17, p. 54; EU, Anx III, 50 et 51, pp. 154-155.

44. Comme pour la santé, le financement extérieur représentait une part variable mais importante des dépenses du secteur social; par contre, la part de l'ABS est moindre.

45. *Collectivités, communautés et société civile.* Selon les informations disponibles, les collectivités, les communautés et la société civile ne participent guère au financement du développement social.

46. *Recouvrements.* Les recettes propres du développement social comprennent celles des EPA (le Centre National d'Appareillage Orthopédique, l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux et l'Institut de Recherche en Géroto-Gériatrie) relevant de ce secteur et les cotisations de l'Institut National de Prévoyance Sociale et de la Caisse de Retraite du Mali. L'augmentation considérable des financements du secteur du développement social est imputable à la prise en compte des recettes de l'Institut National de Prévoyance Sociale et de la Caisse de Retraite du Mali.

47. **Analyse des dépenses de développement social.** La présentation des informations dans les bilans annuels permet une analyse des dépenses par niveau, par volet et par nature des dépenses.

48. *Niveau.* La répartition des dépenses par niveau au cours des 5 dernières années est présentée dans le Tableau 38, ci-après:

Tableau 38: Évolution des dépenses par niveau (en pourcentage)

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Niveau central	43,2	28,2	41,9	61,3	54,5	47,8
Projets/ABS	0,0	0,0	13,8	18,1	13,0	10,4
Niveau régional	56,8	71,8	44,4	20,6	32,6	41,8
Zone 1	0,0	0,0	20,4	45,3	45,0	18,9
Zone 2	0,0	0,0	16,0	43,5	44,3	17,4
Zone 3	0,0	0,0	63,6	11,2	10,7	20,8

Source: Annexe 9; Bilans des PO.

49. En ce qui concerne le secteur du développement social, la part la plus importante des dépenses va aux institutions de sécurité sociale qui, en fait, s'autofinancent. C'est donc tout à fait normal que leurs recettes soient injectées dans la mise en œuvre de leurs activités. Il faut noter, également, que ces institutions ne constituent pas, en réalité, un niveau séparé, puisqu'elles interviennent à tous les niveaux. Ceci est valable aussi pour les projets qui recouvrent aussi bien des activités du niveau central que des niveaux régional et opérationnel.

50. La part qui revient au niveau régional, soit 42%, peut être considérée comme relativement importante. En effet, si on excluait la contribution des institutions de sécurité sociale, cette part du niveau régional reviendrait à 64% du financement du secteur du développement social.

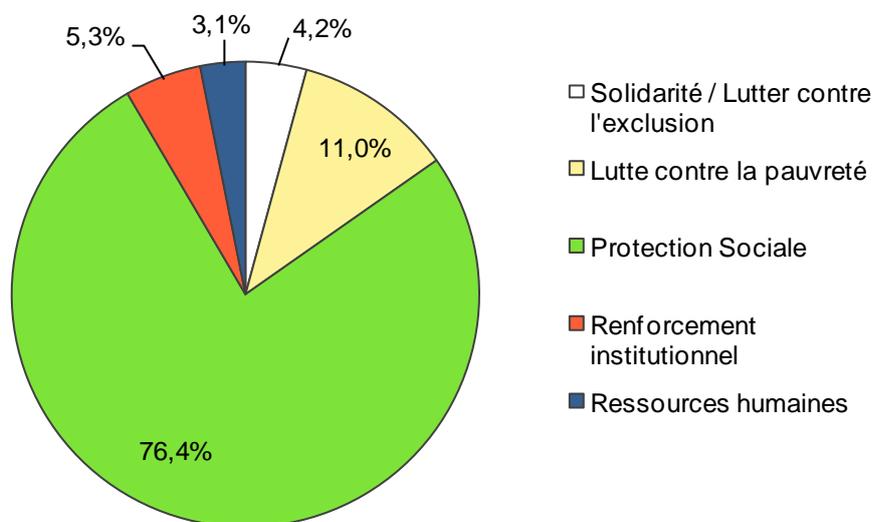
51. *Volet.* La répartition des dépenses, par volet, du PRODESS au cours des 5 dernières années est présentée dans le Tableau 39, ci-après:

Tableau 39: Évolution des dépenses par volet (en pourcentage)

Volet	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Solidarité/Lutte contre l'exclusion	0,9	9,8	6,5	4,0	2,7	4,2
Lutte contre la pauvreté	3,7	10,4	11,8	15,1	12,9	11,0
Protection sociale	91,7	67,6	75,1	69,4	74,2	76,4
Renforcement institutionnel	2,1	6,4	3,7	8,1	7,0	5,3
Ressources humaines	1,6	5,9	2,8	3,4	3,1	3,1

Source: Annex 4; Bilans des PO.

Graphique Tableau 39: Répartition des dépenses* par volet (total, de 2005 à 2009)



* Dépenses réalisées dans le cadre du PRODESS par l'état et les PTFs

52. Au niveau du secteur du développement social, l'essentiel du financement profite au renforcement de la protection sociale, soit 76% des financements sur la période de 2005 à 2009. Ce financement provient entièrement des institutions de sécurité sociale telles que l'INPS et la CRM. Au second rang, vient la lutte contre la pauvreté, soit 11%, qui bénéficie de plus en plus de l'appui des partenaires à travers des projets spécifiques.

53. *Nature des dépenses.* Les informations n'étant pas disponibles, une analyse de la nature des dépenses de développement social n'a pas été possible.

6.4 MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

54. Les seules informations disponibles sur la MPFEF concernent la répartition des dépenses par volet au cours des 4 dernières années; ces informations sont présentées en Annexe 10 et dans le Tableau 40, ci-après, qui montre le poids des volets de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ainsi que de l'administration générale.

Tableau 40: Évolution des dépenses par volet (en pourcentage)

Volet	2006	2007	2008	2009	Total
Promotion de la femme	34,8	51,2	41,4	46,3	43,5
Promotion de l'enfant et de la famille	32,3	5,6	9,6	8,2	13,7
Administration générale	32,8	43,3	49,1	45,5	42,8

Source: Annexe 10; Bilans des PO.

6.5 ANALYSE DE LA PRÉVISIBILITÉ ET DE LA COHÉRENCE DES FINANCEMENTS

55. **Prévisibilité des financements.** Au niveau stratégique, le premier défi de la gestion financière est la prévisibilité des financements et surtout celle de l'appui externe, car les annonces et la mise à disposition des fonds, quand elles ne sont pas faites ne sont pas toujours au moment opportun, handicape toute la logique de la planification. Le CDMT pourrait servir d'outil pour résoudre les problèmes actuels de prévisibilité des décaissements dans les secteurs socio-sanitaires, puisqu'il permet, à partir du cadrage macro-économique, de dégager les grandes masses de recettes et de dépenses et de fixer l'enveloppe sectorielle pour encadrer la préparation de l'avant-projet de budget. Cela n'est possible que dans la mesure que les PTF (i) s'engagent sur plusieurs années; (ii) fournissent une information sur les décaissements prévus sur l'année suivante à temps pour l'inclure dans la préparation du budget; et (iii) coordonnent les décaissements avec les besoins budgétaires de l'État (en début d'année).

56. Cette logique est plus ou moins respectée, actuellement, en ce qui concerne les deux derniers points dans la mesure où les annonces sont faites, depuis la fin de l'année n-1 ou le début de l'année n, pour le financement des plans opérationnels de l'année n+1. Par contre, ce ne sont pas tous les partenaires qui peuvent s'engager, à l'avance, pour plusieurs années. L'autre problème qu'il reste à résoudre est relatif à la programmation des interventions de l'année n+1 sur la base des données de l'année n-1, ceci dans le souci de s'aligner au calendrier du processus d'élaboration du budget national. Il conviendrait, qu'une actualisation des cibles soit faite en fin d'année n, ce qui pourrait conduire aussi à une révision du budget.

57. Au niveau du secteur de la santé, le taux de mobilisation des financements est satisfaisant au fil des années et est en moyenne, respectivement, de 84%; mais on remarque que ce taux a commencé à baisser à partir de 2008 et a même fortement chuté en 2009. Cette chute en 2009 serait imputable à une tension de trésorerie au niveau du budget de l'État et de l'ABS.

Tableau 41: Évolution de la prévisibilité des financements/Santé 2003-2009

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Montants								
PO validé			85 754	98 464	97 043	96 172	122 367	499 800
Montants mobilisés	43 277	51 602	69 428	80 388	96 853	93 346	79 267	419 282
Montants exécutés			61 844	78 382	95 225	91 962	78 303	405 716
Ratios								
Taux de mobilisation (%)			81,0	81,6	99,8	97,1	64,8	83,9
Taux d'exécution (%)			89,1	97,5	98,3	98,5	98,8	96,8

Sources: Compilation des PO; Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du Comité interministériel.

58. Au niveau du secteur du développement social, les taux de mobilisation des financements sont satisfaisants. Ils sont de [111%] en moyenne sur la période de 2005 à 2009. Le taux élevé de mobilisation du financement observé en 2007, 2008 et 2009, soit respectivement [106%, 142% et 138%], reflète tout simplement l'augmentation des recettes des institutions de sécurité sociale (CRM et INPS) qui représentent plus de 60% du financement du secteur. Par ailleurs, selon les rapports et les déclarations des responsables du secteur, les besoins de financement du secteur sont loin d'être satisfaits. Il apparaît dès lors que la planification, dans ce secteur, n'est pas faite sur la base des besoins réels mais, plutôt, en fonction d'une enveloppe budgétaire à ne pas dépasser.

Tableau 42: Évolution de la prévisibilité des financements/MDSSPA 2003-2009

Rubriques	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Montants						
PO validé	80 610	33 975	81 201	44 925	63 153	303 864
Montants mobilisés	69 577	31 103	86 464	63 941	87 044	338 129
Montants exécutés	66 326	30 783	85 962	62 754	86 765	332 590
Ratios						
Taux de mobilisation (%)	86,3	91,5	106,5	142,3	137,8	111,3
Taux d'exécution (%)	95,3	99,0	99,4	98,1	99,7	98,4

Sources: Compilation des PO; Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du Comité interministériel.

59. **Cohérence entre les CDMT et les PO.** Quant à la cohérence entre le CDMT et les PO, l'objectif du CDMT est d'asseoir un cadre cohérent et intégré de budgétisation mettant en exergue l'ensemble des besoins de financement et leurs sources de financement. Cependant, en observant de près le PRODESS et ses différents outils de mise en œuvre que sont le CDMT et les PO, on se rend compte que cette logique n'est pas toujours respectée.

60. Au niveau du secteur de la santé, on observe qu'à partir de 2007, les chiffres du CDMT ne sont plus les mêmes que ceux du PRODESS (Tableau 43).

Tableau 43: Relation entre les prévisions PRODESS, CDMT et PO/Santé 2005-2009

Rubriques	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Montants						
PRODESS	68 269	85 964	98 468	114 694	113 176	480 571
CDMT	68 269	85 964	102 021	151 126	120 145	527 525
PO validé	87 754	98 464	97 043	96 172	122 367	501 800
Ecart						
CDMT par rapport au PRODESS	0,0%	0,0%	3,6%	31,8%	6,2%	9,8%
PO validé par rapport au CDMT	28,0%	14,5%	-4,9%	-36,4%	1,8%	-4,9%

Sources: Compilation des PO; Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du Comité interministériel.

61. On est même arrivé en 2008 à un CDMT qui donne un montant plus élevé de 32% que celui qui a été prévu par le PRODESS (ce qui est peut être logique si l'augmentation des chiffres du CDMT actualisé reflétaient un changement dans les besoins exprimés lors de l'élaboration du PRODESS). Par contre, les PO et le CDMT devraient être beaucoup plus cohérents si ce dernier était actualisé annuellement et s'il sert effectivement de cadrage pour les PO. Cependant, il en est de même en ce qui concerne les financements des PO et ceux prévus dans le CDMT. On observe ici que pendant les années 2005 et 2006, les prévisions des PO sont beaucoup plus élevées que celles du CDMT tandis que pour l'année 2008 elles sont largement inférieures, de 36%.

62. Au niveau du secteur du développement social, le constat est le même. Il n'y a pas de cohérence entre les chiffres du PRODESS, du CDMT et des PO (Tableau 44).

Tableau 44: Relation entre les prévisions PRODESS, CDMT et PO/MDSSPA 2005-2009

Rubriques	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Montants						
PRODESS	20 544	20 627	21 010	24 991	24 490	111 662
CDMT	44 702	53 538	58 244	63 372	72 039	291 895
PO validé	80 610	33 975	81 201	44 925	63 153	303 864
Écarts						
CDMT par rapport au PRODESS	117,6%	159,6%	177,2%	153,6%	194,2%	161,4%
PO validé par rapport au CDMT	80,3%	-36,5%	39,4%	-29,1%	-12,3%	4,1%

Sources: Compilation des PO; Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du Comité interministériel.

63. On observe même que de 2005 à 2009, les prévisions du PRODESS sont largement inférieures à celles du CDMT et des PO. Il apparaît clairement que, pendant l'élaboration du PRODESS, le développement des institutions de protection sociale n'avait pas été pris en compte. Par conséquent, les besoins de financement de ces institutions n'ont pas été intégrés au total des coûts du PRODESS

64. Il serait souhaitable de faire du CDMT un véritable outil de mise en œuvre du PRODESS. Il doit, par conséquent, mieux clarifier les coûts du PRODESS sur une période plus courte et être utilisé pour la mobilisation des financements. Comme le PRODESS s'étale sur 5 ans, il serait souhaitable d'avoir un CDMT sur 3 ans et de l'actualiser de manière flexible pour prendre en compte plus régulièrement les opportunités qui se présentent. L'élaboration des PO aussi doit être guidée par les prévisions du CDMT. Ces dernières devraient au moins être utilisées pour l'allocation des financements pour conformer aux priorités retenues par le PRODESS.

6.6 ORGANISATION DES FLUX FINANCIERS

65. Le Mali a mis en place un programme ambitieux de réformes de la gestion des finances publiques articulé sur l'amélioration de la qualité de la préparation et de l'exécution du budget, le développement de l'efficacité des administrations fiscale et financière, l'intégration des financements extérieurs dans les procédures budgétaires nationales, l'efficacité et la transparence des procédures de passation des marchés publics, et le renforcement de la gouvernance et de la transparence. Selon le rapport des dépenses publiques de la BM, le Mali est doté d'un système de gestion des finances publiques relativement fiable.

66. **Gestion financière.** La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé est complexe en raison du nombre de structures impliquées au niveau central et de la multiplicité des organismes de prestation. Au niveau central, le budget du Ministère de la Santé est subdivisé en une quarantaine d'unités fonctionnelles; s'y ajoutent les budgets des établissements publics autonomes nationaux et régionaux qui jouissent d'une certaine autonomie et génèrent leurs propres ressources, les budgets des régions sanitaires et des centres de santé de référence. La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé a été récemment restructurée dans le cadre du renforcement de la décentralisation.

67. Cette complexité est exacerbée par la cinquantaine de partenaires techniques et financiers actifs dans le PRODESS à travers diverses modalités d'intervention et de financement, qui sont plus ou moins intégrées dans les systèmes nationaux dont on peut distinguer:

- Les projets et programmes utilisant leurs propres procédures (y compris le financement direct de partenaires ONG, agences d'exécution, d'assistance techniques, de médicaments, etc.);

- Depuis 2009, l'approche harmonisée des procédures de remise d'espèces aux partenaires d'exécution (*Harmonized Approach to Cash Transfers — HACT*) des agences de l'ONU;
- L'ABS (depuis 2006) avec le financement via un compte de la DAF, ciblé éventuellement sur des activités et/ou des régions; et
- L'ABG assorti de conditionnalités relatives à la performance du secteur de la santé. (Ces modalités de financement sont détaillées plus loin. Voir la section « Approche Sectorielle.»

68. Dans la mise en œuvre de ces procédures des sources décrites plus haut, les problèmes rencontrés peuvent être résumés comme suit:

- Au niveau du Budget de l'État, l'essentiel du financement porte sur les salaires et le fonctionnement courant pour lesquels il n'ya pas de contraintes majeures. Quand les financements sont destinées à la mise en œuvre d'activités opérationnelles ou à procéder à des investissements (construction, matériel, etc.), les problèmes sont les mêmes que ceux rencontrés au niveau de l'ABS.
- Concernant l'ABS, les problèmes signalés sont relatifs: (i) aux retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes; (ii) aux tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du TPR; (iii) à la lourdeur des procédures de passation des marchés publiques; (iv) aux retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes de fonds et dans la remontée des justifications des avances de fonds; (v) l'ABS reste limité à quatre partenaires, alors qu'il constitue le mode de financement le plus approprié à l'AS.
- Par rapport aux autres partenaires qui utilisent des procédures spécifiques, les problèmes soulignés sont relatifs au retard accusé dans l'alimentation des comptes partenaires et dans la remontée des justifications des avances de fonds. La dispersion dans la gestion de fonds de ces partenaires rend difficile la collecte et la compilation des données y relatives.

69. *Passation des marchés.* Comme pour la gestion financière, les responsabilités de passation des marchés varient selon la source de financement, en particulier les agences multilatérales, certaines agences bilatérales et mêmes les ONG, conformément aux conventions de financement. Les PTF ne font pas totalement confiance à la procédure nationale et interviennent aussi bien au niveau de la préparation des dossiers d'appel d'offres que du dépouillement des offres et de l'adjudication des marchés. Cela allonge considérablement les délais et n'est pas sans conséquence sur le taux de décaissement observé.

70. L'examen des modalités de passation et de suivi des marchés a révélé de sérieuses difficultés. En dehors d'un manque de personnel qualifié, de formation et d'outils de gestion des marchés appropriés, il y a d'importants problèmes liés:

- À la disjonction entre les activités définies dans les PO annuels et la planification des marchés surtout en fonction (i) de la nature des acquisitions (génie civil, équipements, biens et services); (ii) du montant du marché et des procédures exigées; et (iii) du calendrier souhaité de livraison;
- L'insuffisance des informations dont notamment (i) le manque de précision sur les spécifications techniques; (ii) la non disponibilité d'un répertoire, tenu à jour, des fournisseurs potentiels nationaux et internationaux par nature d'activité; et (iii) la non disponibilité d'un référentiel de prix des équipements techniques et médicaux;
- Le manque d'un dispositif adéquat de classement des dossiers qui rend difficile la disponibilité de l'information exhaustive sur la situation des marchés (passés, en cours d'instruction ou programmés) financés sur les fonds du Programme;

71. En vue de gérer les nombreux marchés passés annuellement, le PRODESS a acquis le TOMARCHE, un logiciel spécialisé permettant de suivre les délais de préparation et de passation des marchés et de produire les statistiques de gestion nécessaires.

72. **Décaissements des fonds.** Les décaissements se font le plus souvent sur la base des activités et des marchés dans les PO plutôt que sous forme de tranches liées à la mise en œuvre et aux résultats de l'exécution des PO. Ils sont ainsi dépendant (i) d'un calendrier complexe (comprenant l'approbation des plans, la disponibilité des financements appropriés à temps, etc.); (ii) des étapes de mise à disposition des fonds et de contrôles préalables des dépenses; et (iii) surtout de la production rapide des pièces justificatives en bonne et due forme. Toute difficulté dans la transmission régulière des informations sur les différents aspects des décaissements se répercute sur la programmation arrêtée préalablement.

73. En vue d'un renforcement de la comptabilité, il a été mis en place un système informatisé (TOMPRO), lequel semble bien adapté aux besoins en matière de gestion de programme. Le logiciel comprend plusieurs modules intégrés qui sont principalement la comptabilité générale, le suivi budgétaire, le suivi des conventions de financement et la comptabilité financière et analytique (suivi par activités). Son principe de fonctionnement réside dans la saisie unique à ventilations multiples permettant la mise à jour instantanée des diverses comptabilités. Le logiciel fonctionne en réseau et est installé au niveau central et régional (où les données des cercles sont saisies), et il est doté de puissantes possibilités de critères de triangulation permettant une analyse raffinée de l'information. Malheureusement, aujourd'hui, toutes les possibilités de TOMPRO sont loin d'être exploitées et il n'est utilisé que comme un logiciel comptable lequel, en outre, n'appréhende qu'une partie des dépenses.

6.7 PROBLÈMES À CONSIDÉRER

74. Deux aspects du financement ont été et demeurent des préoccupations sur les plans politique et stratégique: (i) le besoin de générer davantage de revenus sans pénaliser les populations pauvres et (ii) la nécessité d'assurer une équité dans l'allocation des ressources financières.

75. **Génération des ressources financières.** Suivant la mise en application de la décentralisation, le secteur socio-sanitaire connaîtra une structure dont (i) les priorités en matière de santé sont définies et les décisions d'allocation des ressources seront prises à plusieurs niveaux; et (ii) les possibilités d'accroître la mobilisation et d'améliorer l'utilisation des ressources seront effectives. En outre, la mise en œuvre progressive de l'assurance maladie et d'autres formes de financement alternatifs devraient à terme augmenter les ressources financières disponibles.

76. Selon l'OMS,¹⁴ il existe quatre façons d'augmenter les financements pour la santé; trois au niveau national et une à partir de l'aide extérieur. Au niveau national, il s'agit (i) d'augmenter l'efficacité de la collecte des impôts et taxes pour augmenter les fonds pouvant être utilisés pour le financement des services de santé; (ii) de reconsidérer les priorités au niveau du budget national pour ramener la part allouée à la santé à 15% ou plus conformément à l'engagement pris par les chefs d'état à Abuja en 2001; et (iii) de procéder à l'initiation et la mise en œuvre de financement innovant. Il s'agira de procéder à la taxation de certaines activités qui sont soit menées par les personnes les plus riches soit nocifs à la santé (les voyages par avion, le tabac, l'alcool, etc.).

77. En ce qui concerne l'aide extérieure, les efforts doivent être poursuivis pour maintenir et augmenter l'appui extérieur actuel. Le COMPACT constitue une initiative salvatrice qui doit être mis en œuvre de manière effective pour permettre au Mali d'avoir une chance d'atteindre les OMD en 2015.

78. Il est évident que la mobilisation de financement ne suffit pas à elle seule pour assurer l'accès universel aux services de santé tant que les populations ont des difficultés financières à utiliser ces services. Il va s'en dire que l'allègement des risques financiers et des barrières à l'accès aux services de santé constitue un déterminant fondamental pour l'atteinte des OMD. Le système actuel de recouvrement des coûts doit être soutenu par des mécanismes de mutualisation du risque et de prépaiement. C'est dans ce contexte que les initiatives en cours, c'est-à-dire l'AMO et le REMED sont à encourager. Cependant, ils doivent être complétés par la promotion des mutuelles de santé au niveau communautaire pour permettre à la plus grande partie de la population rurale pauvre d'accéder aux services de santé.

79. **Équité.** Pour s'assurer de l'investissement des ressources financières au profit des populations les plus pauvres, le PRODESS a retenu un principe de répartition fondé sur les zones pauvres. La Zone 1, considérée la plus pauvre, recouvre les régions de Sikasso, Mopti et Koulikoro; la Zone 2, considérée comme ayant une position intermédiaire, recouvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal; et la Zone 3, considérée a zone la plus riche, tout en ayant une population pauvre, recouvre la capitale nationale de Bamako.

- Les Zones 1 et 2, considérées les plus pauvres, sont prioritaires;
- Les financements doivent être répartis entre les niveaux de la manière suivante: 30% des dépenses courantes au niveau central, 60% au niveau régional et 10% dans les EPA pour le renforcement du système de santé au niveau opérationnel.

80. L'examen de l'évolution des financements par zone pauvre en 2005 et 2008 montre que les montants des financements exécutés dans les zones les plus pauvres sont plus importants. Cependant, les allocations par habitant sont plus élevées dans les Zones 2 et 3 avec, respectivement, 1.318 et 1.461 FCFA en 2005 et 3.091 et 2.031 FCFA en 2008 contre 1.427 FCFA en 2005 et 1.937 FCFA en 2008 pour la Zone 1, qui est la plus pauvre. Cependant, on constate que les dépenses par habitant dans les zones pauvres ont augmenté dans les trois zones pauvres, malgré la croissance démographique. Par contre, elles sont restées largement inférieures à la moyenne nationale qui est de 5.318 FCFA en 2005 et 8.350 FCFA en 2008. Ceci s'explique par l'importance de la part du financement allouée aux structures centrales qui servent, en fait, toutes les zones.

81. Par conséquent, il apparaît, clairement que l'allocation des ressources par zone pauvre ne suffit pas pour assurer l'équité, même si elle a le mérite d'exprimer une certaine volonté politique de lutter contre la pauvreté. Elle doit être renforcée en procédant à une autre clef de répartition à l'intérieur des zones pauvres, parce que le niveau de pauvreté n'est la même dans toutes les localités d'une même zone pauvre. Il y a lieu, également, de la raffiner encore plus en ciblant des interventions spécifiques au niveau des localités les plus pauvres, à l'intérieur des zones pauvres, et de veiller à ce que les capacités d'absorption des ressources soient disponibles au niveau de ces localités.

82. Par ailleurs, les initiatives de gratuité et de subventionnement lancées au cours des dernières années méritent plus d'attention. Il s'agit entre autres de la distribution gratuite de médicaments et consommables, en particulier en termes d'immunisation et de la réduction des infections du VIH.

CHAPITRE 7. DÉVELOPPEMENT ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

7.1 CONTEXTE

1. Dans les deux décennies après l'indépendance, le Mali a pu se doter progressivement (à partir des écoles nationales de formation, de l'octroi des bourses à l'étranger et du recrutement systématique des nouveaux diplômés par la fonction publique) d'un effectif conséquent de professionnels de santé. Cependant, dans les années 1980, le gel de recrutement des nouveaux diplômés (dû à l'ajustement structurel) et la décision en 1986 d'autoriser l'exercice privé des professions de santé ont eu des effets profonds sur le marché du travail.

2. Depuis l'adoption du PDDSS en 1998, le sous-secteur des ressources humaines de la santé a été marqué par (i) le développement rapide (et des fois sauvage) de la production du personnel de santé; (ii) la multiplication des modalités d'intégration de ces nouveaux effectifs dans le marché du travail; et (iii) le développement lent (et souvent timide) de la gestion des ressources humaines des secteurs public et privé par les autorités.

3. Au niveau du MDSSPA, les mêmes phénomènes se sont produits, mais à moindre vitesse qu'au niveau de la santé. Par contre, le profil du travailleur social a connu plusieurs mutations liées généralement à l'évolution des idées et concepts en travail social, aux missions qui lui sont dévolues dans les politiques économiques et sociales, ainsi qu'à son rôle au sein de la société. L'assistant social des années 1960 à 1970 était spécialisé dans le travail social individualisé, l'assistance et le secours. Aujourd'hui, bien que l'assistance demeure toujours son champ d'intervention, le travailleur social est formé pour être fondamentalement un agent de changement, privilégiant les approches communautaires et les actions de promotion.

7.2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ

4. **Production des professionnels de la santé.** Les capacités de production du personnel de la santé, ainsi que les modalités de formation de base, ont beaucoup évolué au cours de la période du PDDSS.

5. *Évolution du nombre d'écoles de formation.* Comme le montre le Tableau 45, ci-après, pendant les 10 années avant l'adoption du PDDSS, il existait trois écoles principales de formation du personnel de la santé (ENMS, ESS, et EIPC). Depuis 1998, le nombre d'écoles a augmenté et on compte 2 écoles de médecine et plus de 80 écoles de formation des agents, dont 75 sont privées.¹⁵

Tableau 45: Évolution du nombre d'écoles de formation des personnels de santé

Nbre d'écoles (cumulatif)	1987–1997	1998–2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Médecine	1	1	2	2	2	2	2	2
Public	1	1	1	1	1	1	1	1
Privé			1	1	1	1	1	1
Sciences de la santé	3	4	4	4	4	4	4	79
Public	3	4	4	4	4	4	4	4
Privé								75

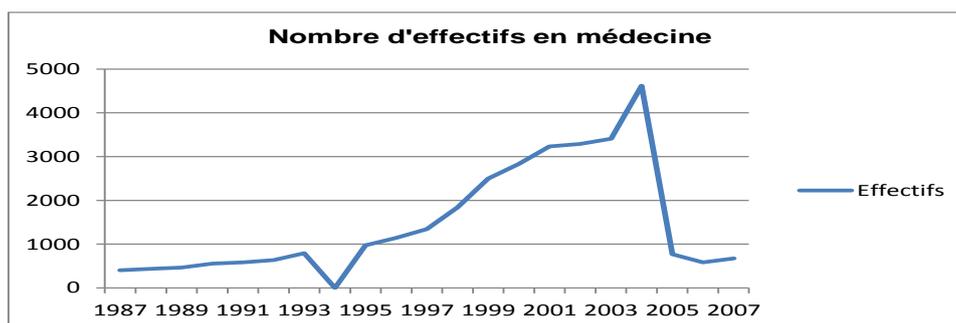
Source: Profil en RHS du Mali, p. 38.

¹⁵ À noter que l'Association des promoteurs des écoles privées estime que le nombre d'écoles est au moins deux fois ce nombre.

6. Les écoles de formation en sciences de la santé (publiques et privées) sont sous la tutelle du Ministère de la Santé, mais l'autorisation de création et d'ouverture des écoles privées relève du Ministère de l'Éducation; le Ministère de la Santé n'émet qu'un avis consultatif. Certaines écoles privées ne respectent pas les normes de création et de fonctionnement et ouvrent avant même de disposer de l'autorisation de création. En l'absence de système d'accréditation, la seule garantie de qualité est l'organisation d'un examen unique par l'INFSS en fin de cycle pour l'ensemble des écoles.

7. **Évolution du nombre de personnel médical et paramédical.** Les résultats en termes du nombre d'effectifs formés varient selon la catégorie du personnel.

8. **Nombre de médecins formés.** Comme le montre le graphique ci-après, l'École Nationale de Médecine et Pharmacie (ENMP) a connu trois périodes distinctes depuis 1987.



9. Entre 1997 et 2004, le nombre d'effectifs en médecine est monté de 1.340 à 4.621; mais depuis l'introduction du numerus clausus en 2003, le nombre est vite tombé et s'est stabilisé aux environs de 675 étudiants depuis 2005. En conséquence, le nombre de diplômés en médecine s'est accru très rapidement (Tableau 46).

Tableau 46: Évolution du nombre de nouveaux diplômés en médecine

Catégorie de diplômé	1987-1997	1998-2005	2006-2007	2008	2009	2010
Médecins						
Diplômés	465	1 048	631	614	539	606
Nbre moyen de diplômés par an	42	131	316			

Sources: 1987-2007: Profil en RHS du Mali, Tab. 11; 2008-10: ENMS.

10. Le nombre annuel de diplômés en médecine va diminuer au cours des années à venir à cause du numerus clausus introduit en 2003 qui fixe le nombre de médecins par an à 370. Il restera le problème d'un important déficit en personnel qualifié en certaines spécialités. La collaboration entre les Écoles de Médecine et de Pharmacie est nécessaire pour planifier les formations dans les différentes spécialités à moyen et long terme sur la base du PDDSS 2012–2021.

11. **Nombre de personnel paramédical formé.** Les statistiques au niveau des paramédicaux sont encore plus frappantes, car le nombre moyen de sortants a augmenté presque 10 fois par rapport à la période avant le PRODESS (Tableau 47).

Tableau 47: Évolution du nombre de nouveaux diplômés en santé

Catégorie de diplômé	1987-1997	1998-2005	2006	2007	2008	2009
Sciences de la santé	1 780	2 878	1 119	1 049	1 117	1 189
IDE	507	268	143	175	192	212
Inf PC et OB	774	1 863	487	396	355	297
SF	316	223	447	386	413	505
Assistants médicaux		362	0	17	31	54
Autre	183	162	42	75	126	121
Nbre moyen de diplômés par an	162	360	1 119			

Sources: 1987-1997: PDDSS, Tab. 8, p. 31. (Statistiques ENMS, ESS, EIPC); 1998-2009: Profil en RHS du Mali, Tab 8 et 9.

12. Selon le Tableau 47, ci-dessus, le nombre de diplômés produits au cours des 4 dernières années est à peu près le même nombre produit au cours des 20 années précédentes. En outre, tant que l'accréditation des écoles privées et la qualification des sortants ne soient pas réglées, le nombre de paramédicaux (souvent de qualité discutable) sur le marché continuera à augmenter.

13. **Qualité de la formation.** Le PDDSS a noté que « le rythme de production des institutions de formation a permis de déverser sur le marché de l'emploi de nombreux professionnels, qui malheureusement n'ont pas pu être tous utilisés. La faible adaptation des programmes de formation aux besoins des nouvelles orientations de la politique de santé a conduit à la mise en œuvre de nombreux programmes coûteux de recyclage et de formation continue du personnel. Les efforts entrepris pour la révision des curricula n'ont malheureusement pas encore abouti à des résultats très concrets. »

14. Quinze ans après, on constate que la qualité de la formation initiale des médecins et des paramédicaux dans les établissements de formation, tant privés que publics, reste insuffisante à cause de l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi, de l'insuffisance de formation des encadreurs, de la pléthore de stagiaires dans les services d'accueil et de l'insuffisance d'outils pédagogiques. La PNDRH fait état cependant d'un effort d'accréditation des sites de stages dont il existe à présent 184 sites de stage accrédités évalués (1 DNS, 8 DRS, 5 CHU, 6 hôpitaux régionaux, 5 CSRéf, 5 EPST et 100 CSCom).

15. Pour les médecins et les pharmaciens, c'est le *numerus clausus* instauré en fin de première année de la FMPOS qui permet de réguler le nombre de diplômés. Toutefois, le *numerus clausus* s'impose à ce stade uniquement à la FMPOS. Ainsi, la création d'une école de médecine privée pourrait affaiblir l'efficacité de ce système de régulation si ses promoteurs décidaient d'augmenter la quantité d'étudiants formés.

16. Pour la formation des TSS/TS, il n'existe pas de mécanisme de régulation du nombre de personnes préparant les examens, or la disproportion entre le nombre d'élèves ayant reçu une formation et le nombre d'élèves reçus à l'examen alimente un marché parallèle de personnel non diplômé en recherche d'activités.

17. **Évolution du marché de travail.**¹⁶ Les possibilités d'embauche ont également évolué au cours de la période du PDDSS. La libéralisation des professions de santé a eu des effets non seulement au niveau du secteur privé à but lucratif (cliniques privées, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques, etc.), mais aussi au niveau du secteur privé sans but lucratif,

¹⁶ Voir Ministère de la Santé, L'expérience Malienne de Gestion des Ressources Humaines dans le Secteur de la Santé et ses Perspectives (Octobre 2004) (Draft), pp. 3-6.

notamment à travers la création des CSCom et la mise en place des médecins de campagne à partir de 1988–1989. Ces expériences pilotes ont permis d'étendre les actions sanitaires au niveau périphérique, d'envisager la contractualisation des différents programmes de santé publique et de lier le développement des mutualités en zone rurale à l'accès aux soins. Plus tard, la mise en application de la politique nationale de décentralisation — notamment le transfert de compétences de l'État aux communes et cercles en matière de santé — a ouvert d'autres possibilités de recrutement du personnel par les collectivités et par les ASACO.

18. En outre, cette évolution du système de soins s'est poursuivie par la transformation en 1992 des hôpitaux nationaux en établissements publics disposant de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion,¹⁷ donc capables de procéder au recrutement de ressources humanitaires complémentaires et de bénéficier des subventions de l'État [dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens].

19. **Évolution quantitative des effectifs de santé.** Les différentes expériences en cours et les diverses sources de financement des ressources humaines ont permis d'absorber une partie des nouveaux diplômés, comme le montre le Tableau 47, ci-après.

Tableau 48: Évolution du nombre d'effectifs travaillant dans le secteur public de la santé

Source de financement	2006	2007	2008	2009
Ressources Etat				
Budget de l'Etat	4 973	5 710	6 589	6 726
PPTTE	1 351	1 503	1 512	1 710
Ressources propres				
Structures	933	1 083	1 185	1 204
ASACO	1 371	1 363	2 195	2 406
Collectivités	1 028	808	851	734
INPS	81	84	103	123
Confessionnelles, ONG, etc.				73
Assistants techniques	241	240	220	254
Total	9 978	10 791	12 655	13 230

Source: Rapports annuels MS/DFM

20. Bien que les chiffres ne soient pas tout à fait complets, le Tableau 48, ci-dessus, montre un engagement d'environ 1.000 nouveaux effectifs par an, ce qui correspond à peu près à la production au cours de cette même période.

21. Avec la diversification des sources de financement des effectifs de santé est venue une multiplication des modalités de recrutement et de gestion du personnel. Pour ce qui est du recrutement:

- Au niveau des régions, les gouverneurs recrutent dans le cadre d'un remplacement sur fonds PPTTE du personnel de santé au profit des CSCom;
- Au niveau des hôpitaux et les centres de santé de référence, les formations sanitaires recrutent à la limite de leurs moyens (sur les fonds de recouvrement de coûts ou leurs fonds propres), soit environ une à trois personnes en moyenne par an et par structure;
- Au niveau périphérique, les collectivités territoriales, recrutent par voie de concours conformément aux dispositions de la décentralisation du personnel fonctionnaire ou contractuel, tandis que les ASACO recrutent sur contrat le personnel pour les CSCom.

¹⁷ La loi définissant le nouveau cadre institutionnel et managérial des hôpitaux et le statut d'établissement public des hôpitaux régionaux a été promulguée en 2002.

22. Pour ce qui est de la gestion du personnel, le Tableau 49, ci-après, montre la grande diversité du statut.

Tableau 49: Ordonnateurs des personnels de santé par site et structure utilisatrice

Site	Type de contrat	Ordonnateurs	Structures utilisatrices
CSCoM		ASACO	CSCoM
Collectivité locale/Commune		Maire	CSCoM
Centre de santé de cercle		Délégué du gouvernement	CS et autres structures sanitaires
Direction régionale de la santé		Gouverneur	Services de la DRS
EPH		Directeur	Services de l'hôpital
Entreprises publiques		Directeur	Services de l'entreprise
Département de la Santé	Fonctionnaire	Ministre (DRH)	Services rattachés et autres services

Sources: Adapté du Manuel de procédures du personnel, p. 3; et du Guide d'opérationnalisation du Décret 02-314, pp.19 et 31.

23. En conséquence, beaucoup d'agents exercent des fonctions similaires avec des statuts très différents, ce qui ne favorise pas la coordination et peut aussi créer des sentiments d'injustice parmi les agents de santé. Par exemple, pour le personnel relevant des ASACO ou des collectivités territoriales, les perspectives d'évolution de carrière sont assez réduites (pas de passerelle possible entre les structures de santé de premier niveau et les autres niveaux de la pyramide sanitaire pour les non fonctionnaires) et l'emploi est précaire. Par ailleurs, les conditions de rémunération qui dépend du contrat ne sont pas identiques à même niveau de formation.

24. Le nombre important de sortants des écoles et les multiples possibilités d'embauche ont eu depuis plusieurs années un effet sur les ratios de personnel par rapport aux normes d'OMS (Tableau 50).

Tableau 50: Évolution des ratios de personnel au niveau des CSCoM et CSRéf

Personnel	Normes OMS	1995	2000	2004	2007	2008	2009
Médecins	1 / 10 000	1 / 16 919	1 / 36 529	1 / 28 099	1 / 17 275	1 / 12 920	1 / 7 256
Sages-femmes	1 / 5 000	1 / 24 330	1 / 28 200	1 / 31 778	1 / 22 003	1 / 21 003	1 / 10 763
Infirmiers/Asst. Médicaux	1 / 5 000	1 / 11 123	1 / 10 943	1 / 9 864	1 / 3 365	1 / 3 319	1 / 1 930

Sources: 1995: Plan d'action, p. 10; 2000-07: SLIS; 2008-09: SNIS.

Note tab 47: l'amélioration importante des ratios personnel de santé/population entre 2008 et 2009 est probablement due à l'intégration des données du SLIS et du SIH dans le SNIS et par conséquent la prise en compte du personnel hospitalier en addition à celui des CSCoM et des CSRéf.

25. En dehors des sages-femmes, le Mali semble avoir un nombre suffisant pour certaines catégories de personnel.

26. Cependant, ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités dans les zones pauvres. En 2008, les ratios étaient d'un médecin pour 23.782 habitants à Mopti (Zone I de pauvreté) contre un pour 4.116 (hors privés) à Bamako, d'une sage-femme pour 65.335 habitants à Sikasso contre une pour 4.562 à Bamako et d'un infirmier pour 6.096 habitants à Mopti contre un pour 1.407 (hors privés) à Bamako.

27. De façon générale, on peut constater que dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCoM n'ont ni médecin, ni infirmier et ne sont donc encore tenus que par des auxiliaires de santé (25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes 16). En outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

7.3 MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITÉ ET DES PERSONNES AGÉES

28. **Production du personnel.** En raison de la polyvalence de sa formation et de la particularité de son profil, le travailleur social au Mali a toujours été formé dans des écoles de formation publiques au Mali, ou exceptionnellement à l'étranger. Depuis 2004, l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux (INFTS) met sur le marché du travail des Cadres Supérieurs et des Techniciens Supérieurs en Travail Social. Deux écoles privées sont ouvertes pour la formation des techniciens supérieurs en travail social mais elles n'ont pas encore produit de diplômés sur le marché.

29. **Évolution du nombre de personnel.** Le Tableau 52, ci-après, confirme la forte capacité de production de diplômés toutes catégories confondues. L'hétérogénéité des effectifs des cadres supérieurs (techniciens de santé, de l'agriculture, de l'action sociale de même que les enseignants) n'est pas démontré dans ce tableau.

Tableau 51: Évolution des effectifs des diplômés par catégorie et par an

Catégories	1996	2001	2003	2004	2006	2007	2010
Techniciens Supérieurs	21	27	71	44	49	41	62
Cadres Supérieurs				45	91	108	40

Source: Direction de l'INFTS, 2011.

30. **Qualité de la formation.** Si la création de l'INFTS répondait au souci légitime de former des cadres supérieurs en travail social qui sont les plus près des réalités sociales et de relever le niveau de recrutement dans le cycle « Techniciens », en raison des nouveaux enjeux, rien ne permet aujourd'hui de confirmer que la formation dispensée réponde à une logique de marché. Non seulement les effectifs sont pléthoriques par rapport aux besoins réels, mais encore, de l'avis de beaucoup d'utilisateurs, le produit n'est toujours pas conforme aux spécificités du travail social en ce qui concerne les cadres supérieurs.

31. **Évolution du marché de travail.** L'État, les ONG et certains PTF sont les principaux utilisateurs des travailleurs sociaux.

32. **Évolution quantitative des effectifs du secteur social.** Tel qu'indiqué dans le Tableau 51, ci-après, le Ministère du Développement Social est par vocation le plus grand utilisateur de travailleurs sociaux voués à des tâches de conception et d'exécution en fonction de la catégorie.

Tableau 52: Situation des effectifs des travailleurs sociaux en 2010

Structures	Admin. Soc. & Autres (A)	Tech. Sup. & Autres (B2)	Techniciens & Autres (B)	Agents Tech.	Total
DNDS	47	12	15	16	90
DRDSES	100	30	42	10	182
SLDSES	64	70	30	--	164
Total	211	112	87	26	436

Source: Direction Nationale du Développement Social 2011.

33. Au 31 Décembre 2010, la Direction Nationale du Développement Social et ses structures déconcentrés enregistraient plus de 400 travailleurs sociaux de toutes catégories, dont 211 cadres supérieurs, 112 techniciens supérieurs, 87 techniciens, 26 à 30 agents techniques.

34. En l'absence de normes (de ratio d'agents par catégorie et par nombre d'habitants), il est difficile de confirmer ou de nier que le nombre personnel soit suffisant. Cependant,

une comparaison des effectifs avec les prévisions des cadres organiques de la DNDS et des structures régionales et sous-régionales fait ressortir des besoins prévisionnels de 744 agents, dont 309 cadres supérieurs et 310 techniciens supérieurs pour les 5 prochaines années à partir de 2009.

35. Malgré les progrès réels accomplis en matière de formation et de disponibilité des ressources humaines au cours des 10 dernières années, on note une répartition géographique inégale au détriment des directions régionales, et surtout des services locaux qui ne disposent que de 164 agents, dont 64 cadres supérieurs. L'analyse des ressources humaines du secteur du développement social sous-entend que, si au niveau central il existe des compétences en quantité et souvent en qualité, une telle masse critique est absente au niveau opérationnel.

7.4 DÉVELOPPEMENT DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

36. **Perspectifs de développement des ressources humaines pour la santé.** Parallèlement à l'évolution du marché de travail, les trois ministères du PRODESS se sont adressés à la question des ressources humaines de façon suivante:

- Par l'élaboration du Plan d'action pour le développement des ressources humaines dans le secteur socio-sanitaire (1996), qui a abouti, après une longue période d'analyse, de constat des problèmes et des propositions de renforcement, à l'adoption d'une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (2009) et d'une Stratégie Nationale (2009) de mise en application de la politique; et
- Par la mise en place et le soutien des structures de réflexion sur la gestion des ressources humaines qui ont abouti en 2010 à la création de la Direction des Ressources Humaines commune aux trois ministères faisant partie du PRODESS.

37. En outre, bien qu'ayant longtemps demeuré sans application concrète, il existe une série de documents pouvant servir d'éléments d'application de la politique et de la stratégie de développement des ressources humaines, notamment:

- L'étude sur la motivation salariale pour renforcer la stabilité d'au moins un personnel technique dans les CSCOM (2003);
- L'étude sur l'expérience malienne de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et ses perspectives (2004);
- L'ébauche de documents de politique sectorielle de développement des ressources humaines de la santé (2006);
- Projet de plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la santé (2006);
- Plan de motivation du personnel du Ministère de la Santé (2006);
- Plan de formation 2007–2011 (2007).

38. À la fin de la période des PRODESS I, II et Prolongé, le constat général est que, malgré les avancés récents sur le plan institutionnel, les insuffisances observées en 1995 existent encore, à savoir (i) la faiblesse des méthodes gestionnaires; (ii) l'insuffisance de la formation initiale et des formations en cours d'emploi (formation continue, perfectionnement et spécialisation); (iii) l'absence de plan de carrière; et (iv) la démotivation généralisée du personnel.¹⁸ Les orientations annoncées dans la PNDRH 2009–2015 reprennent les mêmes points et il est question surtout de se demander si les changements en cours depuis 1998 vont

¹⁸ Ministère de la Santé, Plan d'action pour le développement des ressources humaines dans le secteur socio-sanitaire pour la période 1995–2000.

permettre aux ministères du PRODESS de répondre au phénomène d'évolution globale de la main-d'œuvre socio-sanitaire.

39. **Manque de maîtrise de la gestion des ressources humaines.** Toutes les différentes études font état des difficultés de maîtrise des effectifs (i) de la réglementation de la production des ressources humaines; (ii) du recrutement en nombre et qualité suffisants; et (iii) de la répartition rationnelle. Les critiques mettent l'accent surtout sur un cadre institutionnel non adapté et une insuffisance d'informations et d'outils de gestion du personnel.

40. *Cadre institutionnel.* Trois aspects du cadre institutionnel ont constitué les entraves à la maîtrise des ressources humaines:

- L'éclatement des fonctions de gestion des ressources humaines entre les différents ministères — Ministère de la Fonction Publique et les trois ministères du PRODESS — et entre plusieurs structures au sein des ministères (par ex., la Direction Administrative et Financière (DAF), la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) et la Direction Nationale de la Santé (DNS) du Ministère de la Santé;
- La forte centralisation des actes de gestion du personnel combinée à un manque de coordination, voire même de communication, avec les différentes structures sanitaires concernées; et
- L'inefficacité du transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités dans le domaine de la santé, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

41. En outre, les ressources humaines du secteur privé ne sont pas suffisamment prises en compte dans les analyses des ressources existantes. Bien que le secteur privé (cabinets médicaux, cabinets de soins médicaux, cliniques, etc.) soit depuis quelques années en pleine expansion au Mali et que d'importantes ressources humaines y exercent, ce personnel n'est pas comptabilisé dans les statistiques du Ministère de la Santé. C'est surtout le cas pour les paramédicaux où seulement 40% sont estimés d'être fonctionnaires.

42. Cependant, par rapport à la situation en 1998, l'éclatement des fonctions semble en voie de solution. L'engagement de l'État pour les réformes a évolué de manière significative:

- Les fondements de la politique du gouvernement (le CSCR et le Programme de Développement Economique et Social) renforcent les axes prioritaires de la santé et du développement social sur le renforcement des capacités des structures socio-sanitaires (et surtout la disponibilité des ressources humaines de qualité) et leur accessibilité géographique et financière à travers la décentralisation.
- Les mesures de renforcement de la politique des ressources humaines s'inscrivent dans une dynamique de réforme de l'administration engagée par le gouvernement.

43. Au niveau des ministères du PRODESS, cette volonté politique de mieux gérer les ressources humaines pour la santé a été marquée entre autres par (i) la création en 1999 de la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines (dissoute fin 2002); (ii) l'établissement en 2005 de la Commission de Développement des Ressources Humaines, dont le secrétariat était assuré par la Cellule de développement des ressources humaines (CDRH); et enfin (iii) l'adoption de l'Ordonnance n° 09-PRM du 04 Mars 2009 portant création des Directions des Ressources Humaines.

44. Cependant, si le problème d'éclatement des responsabilités est en voie de résolution, la transformation du rôle de l'État dans la production des soins et la régulation et l'ajustement de l'offre des soins à la demande ne sont pas encore complets. La gestion des ressources humaines reste encore centralisée au niveau de la DRH et est focalisée surtout sur l'administration des actes plutôt que sur les stratégies de développement. Les textes ne sont

pas complets et les questions sur le rôle de la DRH concernant, entre autre, le contrôle des écoles de formation et les divers statuts d'embauche des agents.

45. Au niveau des collectivités territoriales, l'opérationnalisation effective de la fonction publique territoriale et l'adoption d'une convention collective des centres de santé communautaires sont des atouts majeurs. Toutefois la lenteur dans le transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités, notamment en matière de gestion des ressources humaines de santé, constitue une entrave.

46. *Méthodes et outils de gestion des ressources humaines.* La DRH est très jeune, mais les difficultés de gestion du personnel datent de longtemps. Pour le moment, la DRH ne dispose pas de toutes les capacités lui permettant d'assurer une gestion rationnelle:

47. Les éléments de gestion des ressources humaines (par ex., cadres organiques, descriptions de postes) n'existent pas encore pour l'ensemble des structures de santé, et leur application éventuelle sera problématique.¹⁹

48. Les informations sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur public ou privé restent partielles et les moyens informatiques de les traiter convenablement manquent.²⁰

49. Les instruments de planification et de gestion des ressources existent, mais les résultats de ces exercices ne semblent pas être suivis d'effets concrets puisqu'il manque les outils d'application (par ex., la persistance de difficultés à combler les disparités entre la capitale et la périphérie due en partie au manque d'outils pour l'affectation du personnel).

50. À présent, rien n'indique que le cadre institutionnel est tout à fait au point et que la DRH sera dans un proche avenir en mesure d'assurer la gestion requise (en collaboration avec les autres structures d'administration) des effectifs des ministères du PRODESS.

51. Performance des ressources humaines. Toutes les statistiques disponibles reflètent une forte production et une faible productivité des ressources humaines. Les études mettent l'accent surtout sur (i) les faiblesses de l'organisation de la formation (initiale, continue, perfectionnement, spécialisation); (ii) l'utilisation pas toujours efficiente du personnel sur le terrain; et (iii) l'insuffisance des mesures de motivation du personnel à court et à long termes.

52. *Organisation de la formation.* La PNDRH a noté d'important progrès dans la formation, notamment: (i) de vastes travaux de construction et de réhabilitation des écoles publiques de santé; (ii) de révision des programmes de l'INFSS selon l'approche par compétence; et (iii) l'élaboration (en cours) des textes de réglementation de l'offre privée de formation. En même temps, les analyses ont fait état des problèmes suivants:

53. La formation initiale qui souffre des insuffisances qualitatives au cours de la formation (dues aux méconnaissances des structures privées de formation, faiblesses de cursus et d'enseignement, dépassement des capacités d'encadrement pédagogique dans les différents établissements, etc.) et du manque de contrôle des compétences à la sortie de la formation et résultant en un nombre important de personnel sur le marché sans véritable contrôle de leurs compétences;

- La formation continue et le perfectionnement, qui malgré la mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation continue (sous le contrôle de la DNS) restent assez marginalisés,

¹⁹ En 2002, la *Revue à Mi-parcours du PRODESS I* avait déjà noté les travaux importants de descriptions des postes qui n'ont pas été validés.

²⁰ ANTIM est en train d'élaborer un logiciel, ce qui pose des risques si les expériences d'autres pays africains sont prises en compte.

ainsi résultant en des chevauchements des missions de certaines institutions de formation, directions nationales, EPH et autres établissements spécialisés; un développement peu organisé des modules de formation sans suffisamment de validation ou autorisation préalable des autorités compétentes; un pilotage à vue, au coup par coup, selon la disponibilité des financements;

- La carence de personnel spécialisé, résultant en un nombre encore limité de personnel médical et paramédical spécialisé et l'impossibilité de garantir la qualité des soins dans toutes les formations sanitaires, surtout en zones rurales.

54. *Utilisation du personnel.* Les analyses des différents PRODESS relèvent deux dimensions de la problématique de l'utilisation du personnel: (i) la disparité dans les équipes due à la mauvaise répartition du personnel; (ii) un manque d'esprit de travail en équipe (avec objectifs communs, partage des responsabilités et tâches, etc.).

55. *Motivation du personnel.* L'audit du climat social au sein de l'administration publique mené dans l'étude du CDI (2006) montre que, globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Les raisons données sont, en premier lieu, l'insatisfaction des rémunérations (réponse la plus fréquente), suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail (voir PNDRH, p. 23). Cependant, d'autres études sur la motivation des agents de santé (2002) ont montré que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position, précédant même les facteurs financiers.

56. Ce qui manque, comme l'a dit la PNDRH, est la mise en place à court terme d'un système cohérent et dynamique avec des outils motivants aux niveaux financier et non financier, et, à long terme, le développement harmonieux des membres du personnel durant leur carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé.

57. En fait, les éléments à court terme sont théoriquement présents dans les différents documents de politiques de ressources humaines du PRODESS. Sur le plan financier, la PNDRH note, outre ces primes de zones, une dizaine d'incitants prévus pour le personnel sanitaire (dont des primes de responsabilité, de risque et de gestion; des indemnités de médecin chef de district et des indemnités de fonction) qui devraient servir d'incitation au personnel. Cependant, la PNDRH remarque que beaucoup de ces primes sont insignifiantes et ne sont pas toujours distribuées en pratique (p. 19). De plus, sur le plan de responsabilité, la PNDRH note que l'autonomie de gestion des établissements publics de soins²¹ permet de déterminer et d'ajuster les niveaux de rémunération que devra atteindre l'intéressement des travailleurs pour améliorer leurs performances.

58. À plus long terme, les analyses des ressources humains notent premièrement que les compétences des ressources humaines ne sont pas évaluées de manière régulière et systématique, et, deuxièmement, que les tentatives d'un plan de carrière pour le Ministère de la Santé sont à leurs débuts.

59. **Prise de responsabilités.** Le PDDSS a noté que l'amélioration des performances du système de santé et d'action sociale aura lieu en fonction de la qualification du personnel, de sa motivation et de sa qualité morale. En fait, les trois éléments sont rendus compliqués par le cadre dans lequel le personnel devrait opérer, lequel est marqué par une stricte application des textes de la fonction publique mélangée avec les relations personnelles et une hiérarchisation

²¹ La mission sur le terrain (à San) a examiné le système performant de reconnaissance financier et non financier.

assez rigide des responsabilités, sans définition adéquate des missions ni de véritable autorité dans l'exercice des fonctions (par ex., rareté des sanctions).²²

60. À l'intérieur de ce système à la fois formel et informel, on note un bon nombre de mauvaises pratiques en matière de gestion des affaires publiques: la corruption est l'aspect le plus visible mais il y en a d'autres formes telles que le transfert des tâches à des agents subalternes n'ayant pas les qualifications requises, la recherche systématique des « dessous de table » et/ou des indemnités de participation aux ateliers, séminaires, formations, et la double pratique d'exercice des fonctions à l'hôpital public et dans les cliniques et cabinets privés.²³ Il en résulte une dilution de la responsabilisation du personnel.

61. Une logique de gestion des ressources humaines, structurée autour de la notion des résultats assignés et de la responsabilisation des cadres pour atteindre ces résultats est en train de remplacer une logique administrative, mais le processus est lent. On est en train de mettre en place un cadre de contractualisation pour renforcer la responsabilisation des acteurs avec leur obligation de rendre compte.

²² La diversité de statuts et d'employeurs pourrait exacerber le dilemme, car, au sein d'une même structure de soins, les membres du personnel sous contrat ASACO peuvent ne pas se sentir hiérarchiquement liés à un agent rémunéré sur ressources PPTE par l'État ou à un fonctionnaire. Le bon fonctionnement de la structure de santé peut alors être altéré.

²³ L'expérience malienne de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et ses perspectives, pp. 7-8.

CHAPITRE 8. MAÎTRISE DU PRODESS

8.1 CONTEXTE

1. Construisant sur les innovations et les acquis des premières années de la mise en œuvre de la nouvelle politique sectorielle de santé (1990) dans le cadre du PSPHR, le PDDSS a formalisé et généralisé l'AS de santé. Celle-ci s'est développée et a mûri durant les deux PRODESS et l'extension du deuxième. L'AS nécessite la coordination de plusieurs éléments dont les ministères concernés en premier lieu qui n'ont pas toujours la maîtrise complète:

2. De l'architecture pluri-partenaire de coordination de tous les acteurs à travers les organes de pilotage du PRODESS exigé par la transition de l'approche projet à l'AS; et du processus participatif d'élaboration et de mise en œuvre d'une programmation comprenant (i) les activités; (ii) les flux financiers; et (iii) les flux d'acquisition ou d'affectation des ressources.

8.2 RENFORCEMENT DE L'APPROCHE SECTORIELLE

3. La transition de l'approche projet à l'AS passe par l'adoption des cadres: (i) d'orientation des politiques et stratégies aussi bien internationales que nationales; (ii) de collaboration intra et intersectorielle; et (iii) de concertation pour la mise en œuvre du PRODESS. Ces cadres visent tous le renforcement des partenariats en vue d'aligner les interventions pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Il s'agit des partenariats établis dans le cadre de la promotion des politiques et stratégies, de la collaboration et de la coordination, et de la concertation pour la mise en œuvre du PRODESS.

4. **Cadre d'orientation des politiques et stratégies.** En dehors de l'adhésion du Mali aux accords internationaux (entre autres la Déclaration de Paris, l'International Health Partnership et le Compact), le PRODESS s'inscrit dans les orientations nationales, notamment les efforts d'amélioration des conditions de vie des populations par la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Ainsi le Mali a réalisé la mise en œuvre de son premier CSLP 2002–2006 et a préparé et adopté le 20 décembre 2006 celle de la deuxième génération dénommée « Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la pauvreté (CSCR) 2007–2011. » Ce document reconnaît explicitement les OMD comme des cibles à atteindre dans le domaine de la santé.

5. **Cadre de collaboration intra et intersectorielle.** Avec l'inclusion du Ministère de la Promotion de la Femme, la Famille et l'Enfant, le cadre de collaboration intra-sectorielle s'est élargi à trois ministères clefs du secteur socio-sanitaire. La coordination et l'harmonisation entre les ministères sont facilitées (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. Il y a cependant des tendances au cloisonnement entre les composantes et les volets. La structuration initiale du PRODESS en volets a été modifiée lors du PRODESS II Prolongé pour favoriser la planification du secteur santé et du secteur social, comme le montre le Tableau 53, ci-après.

Tableau 53: Évolution des volets du PRODESS

PRODESS I (1998-2002)	PRODESS II (2005-09) et PRODESS Prolongé (2009-11)
<p>Secteurs socio-sanitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extension de la couverture et amélioration de la qualité des services de santé • Lutte contre l'exclusion sociale • Développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé • Développement des ressources humaines • Renforcement institutionnel 	<p>Secteur Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux services de santé des districts sanitaires • Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées • Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux • Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie • Amélioration de la qualité des services dans les établissements hospitaliers et autres établissements de recherche • Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation <p>Secteur Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la solidarité et lutte contre les exclusions • Lutte contre la pauvreté • Renforcement de la protection sociale • Renforcement institutionnel • Renforcement des ressources humaines

6. La planification et le financement étaient centrés sur les volets au lieu des résultats escomptés du secteur socio-sanitaire. Ainsi, une approche qui devait refléter les complémentarités a été transformée en une approche qui tend vers le cloisonnement et qui reflète plutôt l'organisation administrative des ministères.

7. La collaboration intra-sectorielle devrait s'améliorer par une refonte de la structure même du futur programme. Celui-ci devrait être basé sur les résultats, avec une meilleure définition du rôle et de l'apport de chaque ministère ainsi que ses démembrements dans la planification des interventions contribuant aux résultats. L'introduction de critères et indicateurs d'intégration/collaboration dans les systèmes de suivi et d'évaluation peut favoriser cette évolution.

8. La santé n'est pas seulement l'affaire des ministères du PRODESS, car d'autres ministères et services ont un impact sur le bien-être de la population malienne. Les ministères de l'éducation, de l'hydraulique, de l'environnement et autres sont mentionnés dans les documents du PRODESS, mais il n'y a pas de mention de ces ministères et de leurs services dans les PO ou les comptes-rendus de réunion étudiés. Il n'est donc pas facile d'apprécier ou de coordonner la prise en compte dans la programmation des autres secteurs et leurs contributions aux objectifs nationaux en matière de santé. Cependant, les exemples, même modestes, de partenariat intersectoriel existent, comme par exemple, la lutte contre le VIH/SIDA ou la nutrition.

9. Le Ministère de la Santé, les collectivités territoriales et les ASACO devraient mettre en place des partenariats pour la santé en bâtissant sur leurs avantages comparés respectifs. En plus des compétences en matière de santé, les compétences générales des collectivités territoriales en matière d'état civil, de santé publique, d'assainissement, d'éducation et d'hydraulique, les capacités des collectivités territoriales à prendre en charge ses domaines, sont maintenant l'un des enjeux stratégiques majeurs pour la gouvernance et le développement sanitaire du Mali.

10. Le cadre institutionnel créé par les transferts de compétences ouvre l'opportunité pour élargir l'horizon de planification dans la santé et le renforcement de la collaboration multisectorielle dans des domaines qui sont parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé de la population. Ces domaines comprennent l'accès à l'éducation, la provision de l'eau, l'assainissement et la nutrition. En conséquence de l'étendue de leurs domaines de compétences et de leur proximité aux communautés, les collectivités décentralisées ont des avantages comparatifs pour renforcer la collaboration multisectorielle dans la santé qui devraient être mis à profit par les politiques et stratégies de développement sanitaire.

11. Au cœur du problème est le leadership de l'action multisectorielle et la nécessité de percevoir une intervention commune comme une action conjointe et non comme l'appui d'un secteur par un autre. Cela demande la capitation en connaissances et ressources financières des collectivités territoriales, car la responsabilité au niveau local de la santé leur revient. La collaboration intersectorielle doit se manifester au niveau opérationnel dans les plans de développement de la commune et du cercle, et doit se concrétiser dans la collaboration et la coordination des intervenants sur le terrain pour atteindre les résultats dont ils sont responsables.

8.3 CADRE DE CONCERTATION DU PRODESS

12. L'approche sectorielle du PRODESS est fondée sur quatre piliers: (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 (iv) un système de suivi-évaluation conjoint. Le progrès enregistré par le Mali sur les différents piliers est résumé dans le Tableau 54, ci-après.

Tableau 54: Évolution des éléments de l'AS au Mali

Éléments de l'AS	Périodes du PDDSS		
	1998-2002	2005-2009	2009-2011
Cadre unique			
Plan stratégique/Programme	PRODESS I	PRODESS II	PRODESS prolongé Compact
CDMT	1998-2003	2003-2007	2009-2011
Modalités de dialogue			
Revue annuelle commune	Oui	Oui	Oui
Missions conjointes de supervision	Non	Oui	Oui
Modalités fiduciaires			
Gestion financière			
Panier commun	Non	Oui	
Appui budgétaire sectoriel	Non	Oui	
Passation des marchés			
Utilisation des procédures de l'Etat	Non	Non	Oui
Cadre commun d'indicateurs	Non	Non	Oui

Source: Bibliographie; entretiens.

13. **Cadre unique de concertation.** Les documents de lutte contre la pauvreté ont été reconnus comme l'unique cadre de référence des politiques et stratégies de développement à moyen terme et le référentiel des négociations avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Le PRODESS prend en compte le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté durant 2007–2011 (CSCR), qui a été conçu suite au Document de Réduction de la Pauvreté (DSRP; 2002–2006).

14. L'une des principales réalisations du PRODESS est le développement d'un cadre permettant d'inclure l'ensemble des acteurs potentiels dans la mise en œuvre des interventions socio-sanitaires. Cette initiative comprend à la fois les partenaires traditionnels et les nouveaux acteurs dans le secteur socio-sanitaire (par ex., collectivités territoriales, agences d'assurance maladie) dont l'inclusion dans le PRODESS marque une transition dans les arrangements de participation et de partenariat au Mali.

15. **Coordination conjointe du PRODESS.** Le PRODESS est caractérisé par une architecture pluri-partenaire aux différents niveaux. Le tableau en Annexe 11 compare les différents éléments des organes de gestion du PRODESS. Le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien, au cours d'un processus bien institutionnalisé faisant intervenir l'ensemble des parties prenantes: les ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (PTF) et la société civile.

16. *Niveau central.* Au niveau central, les organes de pilotage du PRODESS sont les suivants: le Comité Technique et le Comité de Suivi. Le Comité Technique est composé des représentants des secrétariats généraux, les services centraux et des directions régionales des ministères chargés de la santé et du développement social, et des partenaires techniques et financiers (PTF). Le Comité Technique prépare les sessions du Comité de Suivi. Au niveau du Comité Technique, les réunions ne sont pas préparées à temps et l'analyse des problèmes n'est pas suffisamment approfondie pour faciliter la prise de décision par le Comité de Suivi. Le rythme et la périodicité des réunions fixés dans le Décret 01-115 (rencontres trimestrielles) se sont avérés trop fréquents pour le bon fonctionnement des organes. La faible capacité de pilotage et de coordination du Comité Technique entrave souvent une prise de décision concrète et prompte devant certaines situations de dysfonctionnement du système.

17. Le Comité de Suivi est placé sous l'autorité des ministres chargés de la santé et du développement social. Il est composé en outre des représentants d'autres départements ministériels, des services centraux chargés de la production et de l'importation des médicaments, de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) et des PTF. Le Comité de Suivi est chargé de l'approbation de tous les actes relatifs au PRODESS et la prise des décisions y afférentes.

18. D'autres éléments s'ajoutent à cet ensemble: des cadres plus ou moins formels de concertation tels que des groupes thématiques, le comité de pilotage du programme, les comités paritaires ou tripartites de suivi de certains programmes, ce qui permet aux parties prenantes de participer dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans et programmes socio-sanitaires.

19. *Niveau régional.* Au niveau intermédiaire, l'organe de pilotage du PRODESS est le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS (CROCEP), dont les membres sont les représentants de la collectivité décentralisée de la région, des services déconcentrés des secteurs de la santé et de l'action sociale, des structures de santé privées ou confessionnelles, des ONG et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale, des syndicats des secteurs de la santé, de l'action sociale et de la société civile.

20. Au niveau régional, le CROCEP — organe d'évaluation, de programmation et de suivi — a des difficultés à procéder à une analyse approfondie des problèmes et à formuler des propositions réalistes des actions à entreprendre.

21. *Niveau opérationnel.* Au niveau opérationnel, les organes de pilotage sont structurés verticalement autour des deux échelons de la prestation des services de santé. Au premier échelon, outre la direction technique prise en charge par un professionnel de la santé, l'administration et la gestion du CSCom sont assurées par le conseil d'administration composé des membres de l'ASACO, de l'administration locale, de la commune, des CSCom et CSRéf. Le comité de gestion comprend des membres de l'ASACO et le directeur technique du CSCom. Au deuxième échelon, le conseil de gestion regroupe des représentants de la collectivité décentralisée du cercle, de la commune, de l'administration territoriale, des services déconcentrés des secteurs de la santé et de l'action sociale, de la société civile et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale.

22. Au niveau du cercle, le conseil de gestion ne se tient pas de façon régulière, en raison du manque d'intérêt de certains acteurs locaux. La préparation des documents du conseil ne se fait pas suivant une approche participative et la pertinence du rythme biennuel est mise en cause. Le manque de collaboration entre le département technique, l'administration territoriale et la société civile est aussi souvent décrié.

Planification. La planification comprend la planification stratégique et la planification annuelle.

23. **Planification stratégique.** La planification stratégique du secteur de la santé se concrétise dans le PDDS et les PRODESS. La politique sectorielle est basée sur la déclaration de politique sectorielle de santé et population du 15 décembre 1990. Le PDSS et les trois itérations du PRODESS constituent une planification au niveau stratégique. L'orientation nationale étant définie par le CSLP et le CSCRP, la planification stratégique du PRODESS devrait être harmonisée avec ces derniers. L'harmonisation a lieu dans les deux sens, car le CSCRP cite explicitement les OMD comme cibles et indicateurs. Le Compact, qui est le dernier document stratégique de la période, se focalise presque exclusivement sur les OMD. Comme le PRODESS, en général, la planification stratégique se raffine à chaque itération du PRODESS, devenant plus claire, plus pertinente et reflétant les objectifs du gouvernement et ses engagements nationaux et internationaux.

24. **Planification annuelle.** La planification annuelle du PRODESS est normalement réalisée de bas en haut à partir des activités des PO proposées par le niveau périphérique (avec ou sans l'intervention des partenaires financiers), mais en respectant les orientations et contraintes émanant du CSCRP, du CDMT et des priorités sectorielles, qui sont communiquées de haut en bas au niveau central à l'ensemble des structures en début de processus. Il s'agit théoriquement d'un processus participatif où les besoins sont répercutés à partir des CSCom vers les cercles de santé, puis les régions, puis le niveau central.

- Le respect du processus de planification connaît des difficultés d'application de la programmation et de l'utilisation des ressources dû:
- À l'incertitude des informations au moment de l'élaboration des PO (dont par exemple la mise à jour des cartes sanitaires, la prévisibilité des enveloppes annuelles des sources de financement, surtout des PTF, et le manque d'intérêt des hôpitaux à intégrer le processus de planification);
- Aux disfonctionnements dans la planification comprenant, entre autres, le manque de cadrage entre des PO régionaux avec le budget de l'État et le manque de cohérence entre les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC) et les PO;
- Aux difficultés d'application des rôles et responsabilités au moment de la validation des plans et programmes par les élus (dans le Décret 02-314) et par les comités pour assurer l'orientation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PRODESS (dans le Décret 01-115).

25. Dans la pratique, la planification opérationnelle est caractérisée par la diversité des instructions et enveloppes budgétaires. Bien qu'encouragé à développer leur propre micro-plan répondant aux besoins locaux, les CSCom et les districts sont souvent obligés de suivre les directives et les arbitrages de financements au niveau national. Ce processus crée une situation où l'estimation de l'enveloppe budgétaire, qui informe la planification, est souvent plus importante que les fonds éventuellement mis à la disposition des intervenants. Ainsi, d'une manière pratique, les PO qui remontent au niveau national doivent être modifiés (réduits) pour rester dans l'enveloppe budgétaire disponible. L'arbitrage budgétaire final semble également échapper aux responsables du niveau opérationnel. Étant donné que les décisions sont pilotées à partir du niveau central ou des partenaires, les critères ne sont pas toujours transparents et ne respectent pas toujours les priorités locales.

26. Sur le plan administratif, les étapes de planification des activités dans les PO, leur consolidation dans un document national et leur retour aux niveaux appropriés pour exécution constituent un exercice dont le déroulement est long et coûteux. En fait, ce processus — destiné initialement à rationaliser les activités, à éviter leur duplication et à assurer la cohérence avec les orientations nationales — traduit en réalité la persistance d'un centralisme administratif s'exprimant à travers des mécanismes de contrôle à priori, dont l'excès a des

conséquences négatives sur les services opérationnels, réduisant considérablement leur disponibilité et le temps qu'ils peuvent consacrer à la mise en œuvre des activités de soin et de supervision.

27. Souvent orientée sur la disponibilité des financements pour des domaines spécifiques constituant les priorités des partenaires (exception faite de l'ABS), la planification et la budgétisation finale restent cependant fortement fragilisée par le morcellement du financement des activités entre de nombreux partenaires, répondant chacun à des logiques d'intervention, des priorités et des contraintes spécifiques. Les liens entre les activités, le financement et les résultats attendus, qui ne sont pas clairement établis dans les PO, deviennent encore plus difficile à établir.

28. **Suivi et évaluation.** La charpente du système d'informations sanitaires est constituée par le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social (SD-SNISS) mis en œuvre en 1998. Le SD-SNISS s'articule autour de quatre sous-systèmes: (i) l'information sanitaire; (ii) l'information sociale; (iii) les enquêtes et recherches; et (iv) les informations administratives et de gestion.

- En ce qui concerne les informations sanitaires, les annuaires statistiques du premier et deuxième échelons (SLIS) existent selon plus ou moins le même format depuis 1998 et au niveau des hôpitaux (SIH) depuis 2003. À partir de 2006, les régions ont été chargées de la production des annuaires statistiques. Depuis 2008, le SLIS et le SIH ont été fusionnés en SNIS.
- Pour les informations sociales, le système d'information (SIS) a débuté en 2004 et le premier rapport a été produit en 2005. Le processus de collecte, de compilation et d'analyse est piloté par le ministère chargé du développement social à partir des rapports des régions.
- Les informations de routine du SNISS sont complétées régulièrement par les enquêtes démographie et de santé (EDS) et les MICS qui fournissent des informations sur les changements de l'état de santé de la population, de la couverture des interventions essentielles de santé et des comportements des ménages en relation avec la santé. La dernière enquête sur les Comptes Nationaux de la Santé qui sont en cours d'institutionnalisation a été réalisée en 2004. Les enquêtes de satisfaction des clients et de suivi des dépenses publiques de santé ne sont pas régulièrement organisées. Quant à la recherche, une politique nationale a été élaborée récemment.
- Sur le plan des informations administratives et de gestion, malgré l'élaboration des CDMT et quelques revues des dépenses publiques, il manque des éléments pour faire une évaluation régulière et systématique de la performance dans la gestion des finances publiques.

29. Depuis 1998, le développement du SNIS a été marqué par (i) le remplacement de la diversité des systèmes d'information sanitaire propre à chaque partenaire ou programme par un seul SNIS au niveau duquel tous les acteurs trouvent leurs comptes; (ii) la coordination de l'ensemble des sous-systèmes de la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) des ministères chargés de la santé, du développement social et de la promotion de la famille; (iii) le développement des indicateurs qui sont pertinentes à tous les domaines (et correspondants aux OMD) qui ont été définis et convenus avec toutes les parties prenantes et qui sont mis à jour régulièrement; et (iv) la fonctionnalité des procédures écrites permettant la gestion des données (notamment la collecte, le stockage, le nettoyage, la maîtrise de la qualité, l'analyse et la présentation des données pour le public) de même que la disponibilité des banques de données à tous les niveaux à travers le logiciel informatique appelé « DESAM » (Développement Sanitaire du Mali).

30. Le SD-SNISS a été évalué deux fois: une première fois en 2003 par un évaluateur externe (dans le cadre du Programme d'Appui au secteur de la santé) et une deuxième fois en 2008 par le Ministère de la Santé (à travers l'application de l'outil d'évaluation du « Health Metrics Network, HMN »). De manière générale, l'évaluation du Réseau de Métrologie Sanitaire a conclu que le SNIS du Mali est performante et est en mesure de produire des informations suffisantes et fiables pour la planification et la prise de décision. Quelques faiblesses à corriger ont été notées, à savoir:

- L'inadéquation du cadre opérationnel qui se traduit entre autres par (i) l'absence de prise en compte des données de certains acteurs (ONG/associations, structures privées et confessionnelles, etc.); (ii) les insuffisances de ressources (humaines et financières); et (iii) la dépendance sur les appuis des partenaires externes;
- Les difficultés liées à la promptitude et la complétude des rapports dues en partie aux faiblesses de l'informatique et de communications au niveau périphérique, ainsi qu'à la qualité et la périodicité des statistiques administratives (surtout des prévisions démographiques);
- L'insuffisance dans l'analyse des données à tous les niveaux et l'utilisation des résultats, surtout pour établir les liens entre les dépenses antérieures et les résultats et pour justifier l'allocation future des ressources.

31. **Études et recherches.** Il n'y a pas eu une utilisation systématique et planifiée des études et des recherches pour mieux éclairer les politiques, renforcer leur mise en œuvre et améliorer la performance. Les institutions et les capacités pour y contribuer existent, mais ne sont pas prises en compte dans le cadre d'une approche globale pour pouvoir atteindre des résultats nationaux en matière de santé et de solidarité.

CHAPITRE 9. SUGGESTIONS D'ORIENTATIONS FUTURES

9.1 AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

9.1.1 Assurer un système de santé de base plus proche des populations, bien gérée et fournissant des prestations de qualité

1. Réunir les conditions de succès pour la création et le fonctionnement des CSCom, en particulier l'approche communautaire, la disponibilité de personnel qualifié, le lancement et le suivi rapproché qui sont des pré-requis pour une bonne fonctionnalité des CSCom. L'extension géographique du réseau de CSCom a indéniablement contribué à l'amélioration de la couverture sanitaire du pays durant le PDDSS. Toutefois, les conditions et les modalités de cette extension n'ont pas permis de reproduire les performances attendues sur la base des premiers modèles de CSCom. La progression du volet génie civil avait sa propre dynamique et n'était ni articulée ni liée aux conditions de succès.

2. Il faut élargir les liens fonctionnels de la pyramide sanitaire par le développement des soins essentiels au niveau communautaire dans toutes les régions du pays et assurer une mise en œuvre harmonisée de la stratégie. La progression de l'accessibilité géographique est ralentie par un obstacle structurel constitué par la dispersion et le manque de mobilité de certaines populations. Ceci nécessite des stratégies complémentaires au PMA pour les populations éloignées des CSCom. En plus de la stratégie avancée et des équipes mobiles dans certains contextes, les soins essentiels dans la communauté constituent une réponse qui se justifie tant du point de vue de l'équité que celui de la perspective des OMD. La contribution harmonisée de tous au développement, à la mise en œuvre et au suivi de la stratégie nationale constitue un facteur important de succès.

3. À cette fin, il est nécessaire (i) de développer les études de faisabilité et de viabilité de la stratégie des soins essentiels dans la communauté; (ii) d'envisager les différents scénarios de partage des coûts dans le contexte du financement du district sanitaire et faire des recommandations sur le partage des coûts compatibles avec la pérennité de la stratégie; (iii) de documenter les expériences afin de démontrer les effets positifs de la stratégie et d'utiliser les informations pour renforcer le plaidoyer local, régional et national; et (iv) d'assurer le respect par tous de la stratégie nationale et obtenir la contribution de tous pour son développement et son adaptation.

4. L'espacement des naissances devrait bénéficier de l'attention qu'il mérite en vue de l'impact qu'a le PF sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et sur la mortalité maternelle. Bien que le PF fasse partie intégrante du PMA et malgré le fait que l'espacement des naissances fasse partie des pratiques traditionnelles, il reste une activité marginale dans les CSComs. Des améliorations rapides pourraient se réaliser en prenant des mesures suivantes: (i) Par des supervisions intégrées, suivre systématiquement les prestations afin de repérer et corriger les occasions ratées pour parler du PF; (ii) Réexaminer le processus et l'espace accordé pour les activités postnatales et les consultations d'enfants sains pour assurer la confidentialité de l'assistance conseillère nécessaire; (iii) Prévenir toute rupture de stock préjudiciable et promouvoir les méthodes les plus acceptables et les moins contraignantes pour les femmes (implants, DIUs); (iv) Encourager le secteur privé à s'engager plus activement dans la promotion de l'espacement des naissances.

9.1.2 Améliorer l'accessibilité et l'efficacité du système de référence

5. Pour assurer l'utilisation de tout le potentiel du système de référence et pour maximiser l'impact des mesures comme la gratuité de la césarienne, il faut entreprendre des initiatives et des mesures concrètes à tous les niveaux afin de surmonter les obstacles qui limitent ou retardent l'accès à ceux qui en ont besoin. Ces mesures comprennent le transport du village au CSCom, la communication entre les CSCom et les CSRéf, la prise en charge du transport CSCom-CSRéf, la mise en réseau des banques du sang de cercles voisins. Pour ce, il faut:

- Promouvoir la mise en place d'un système d'évacuation et de transport entre les villages et les CSCom, afin d'augmenter le taux d'accouchement en service de maternité et faciliter les évacuations en cas de besoin.
- Renforcer l'appui apporté par les hôpitaux régionaux pour le développement des compétences chirurgicales dans les CSRéf, ainsi que l'élargissement d'autres compétences et spécialités.
- Établir un réseau d'utilisation des banques de sang entre les cercles voisins pour maximiser les possibilités de réponses aux besoins et rentabiliser l'investissement.
- Standardiser le système de gestion des CSRéf et le renforcement des capacités et les compétences gestionnaires.
- Mettre en place une stratégie de maintenance efficace des équipements en considérant le recours possible au privé local et régional parmi les options.
- Faire une réflexion approfondie concernant les caisses de solidarités pour les évacuations. En particulier, il faut étudier l'option des mutuelles locales et celle d'une prise en charge des frais de transport des évacuations sur une ligne budgétaire de l'État.

9.1.3 Médicalisation du premier échelon: Améliorer la performance et réduire les disparités

6. La production soutenue de médecins ces dernières années a rendu possible la médicalisation progressive des CSCom. Cette tendance devrait certainement continuer pour le moyen et le long terme. Afin de tirer le meilleur profit de cet investissement pour la santé de la population, il est important que les jeunes médecins bénéficient d'une formation qui les prépare à la direction technique d'un CSCom et d'une aire de santé. L'école de médecine a entrepris des efforts dans ce sens durant les 2 dernières années. Une formation spécialisée de médecine communautaire et de famille est aussi envisagée par l'école de médecine. Il faudrait, aussi, envisager les mesures suivantes.

- Les médecins actuellement en place devront, selon les besoins, bénéficier d'un recyclage appropriés et être encouragés à s'inscrire dans la nouvelle spécialité de médecine communautaire.
- L'affectation progressive de médecins financés par l'État dans les zones rurales devrait prendre en considération l'équité dans la répartition des ressources humaines et surtout veiller à ne pas aggraver les disparités existantes. Dans certaines situations, le renforcement de l'effectif médical du district est plus indiqué que l'affectation d'un médecin dans un CSCom d'une zone bénéficiant d'une bonne accessibilité aux services de santé.
- L'installation privée de médecins doit être encouragée avec une politique de collaboration concrète entre les secteurs public et privé pour la réalisation de certains programmes.

9.1.4 Renforcer l'ancrage des hôpitaux dans le système de santé pour accroître l'efficacité et la rentabilité de l'ensemble

7. En ce qui concerne la collaboration entre les hôpitaux et les CSRéf pour renforcer la compétence chirurgicale au sein des équipes de districts d'une part et les expériences de télémédecines entre les hôpitaux régionaux et nationaux d'autre part, il faudrait poursuivre des modèles de collaboration à haut rendement, renforcer et étendre vers une palette élargie de spécialités. Bâtir sur ces expériences est une stratégie gagnante pour renforcer le système de référence et de contre-référence afin d'améliorer progressivement l'efficacité de l'ensemble du système de santé.

8. L'amélioration de la qualité des prestations hospitalières, ainsi que la satisfaction et le respect des utilisateurs, doivent être au centre de tous les projets d'établissement et de toutes les activités de l'hôpital. Pour ce, il faut accomplir les tâches suivantes:

- Assurer un ancrage technique effectif entre la tutelle et les hôpitaux, aussi bien au niveau central que régional. Cependant, cet ancrage ne devrait pas mettre en cause l'autonomie de gestion et le statut d'EPH des hôpitaux.
- Mettre à jour la carte hospitalière, pour le moyen et long terme, et étudier les implications aux niveaux du financement, des ressources humaines et de l'équilibre de l'ensemble du système de santé.
- Entreprenre la standardisation et la modernisation du système de gestion ainsi que la comptabilité hospitalière en utilisant un système d'information performant [tel que l'IOTA?] en renforçant les capacités gestionnaires dans tous les hôpitaux.
- Faire en sorte que le système de motivation du personnel ne reste pas limité à l'aspect financier et que celui-ci soit effectivement lié aux résultats convenus ou à convenir dans le cadre du projet d'établissement.

9.1.5 Développer une approche globale d'amélioration de la qualité des prestations

9. Les programmes nationaux ont avantageusement utilisé le réseau étendu de CSCom pour renforcer la couverture et assurer la continuité de certaines prises en charge (vaccination, paludisme, VIH/SIDA, CPN+, nutrition) Le principe d'accréditation, ainsi que le modèle de l'expérience prometteuse de « CSCom Ciwara », devraient être renforcés et étendues dans le cadre d'une stratégie nationale de promotion de la qualité dans toutes ses dimensions, y compris la perception par les bénéficiaires. Une approche similaire concerne les CS Réf.

9.1.6 Prise en compte du secteur privé comme un partenaire à part entière et responsable pour atteindre des résultats en matière de santé

10. Les ménages maliens dépensent actuellement plus que dans le passé dans le secteur privé formel et informel. Il est impératif que le prochain programme prenne en compte effectivement le secteur privé pour atteindre les résultats escomptés. Pour ceci, il faut:

- Réfléchir sur le rôle du secteur privé dans la réalisation des objectifs et définir les principes de partenariats spécifiques aux différentes catégories du secteur privé (prestataires de soins, appui aux prestations, formation, pharmaciens, médecine traditionnelle).
- Inclure le privé à but lucratif dans les instances du future PRODESS et comprendre les prestataires privés dans le système de l'assurance médicale obligatoire.

9.1.7 Renforcement de la gouvernance du système pharmaceutique et amélioration du rendement dans la mise en œuvre des activités de la politique pharmaceutique nationale (PPN)

- Faire évoluer et adapter les capacités institutionnelles pour une coordination efficace du secteur pharmaceutique qui est en plein développement et est devenu de plus en plus complexe.
- Mettre régulièrement à jour le guide thérapeutique ainsi que les ordinogrammes et s'assurer de leur disponibilité et bon usage dans tous les CSCom durant les supervisions intégrées.
- Envisager un appui logistique et gestionnaire pour le bon usage des produits gratuits fournis par les programmes. L'expérience du PNLP (programme antipaludique) devrait aller au-delà de la livraison directe au dépôt d'approvisionnement pour considérer les autres dimensions de stockage et de gestion. Cette expérience devrait être considérée par tous les programmes qui fournissent des produits gratuits aux CSCom.
- Résoudre le problème du retard de paiement par la trésorerie et par les hôpitaux afin de préserver l'outil PPM, renforcer sa compétitivité et assurer l'achat des médicaments aux meilleurs prix sur le marché.
- Rendre systématiques et annuelles les enquêtes sur les indicateurs de la PPN et partager les résultats, ainsi que les recommandations qui en découlent, de façon appropriée, à tous les acteurs concernés afin d'en faire un outil de changement.

9.1.8 Maintenance efficace et rentable pour améliorer la performance du système de santé

- Matérialiser l'engagement à la réussite de la politique de maintenance des infrastructures et équipements sanitaires par l'allocation de ressources conséquentes et la mise en place d'un système de financement durable basé sur l'étude des options et des financements.
- Considérer concrètement le partenariat public privé ainsi que la décentralisation pour la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires.

9.2 RESPONSABILISER LES ACTEURS, RENFORCER LA SOLIDARITÉ ET MAÎTRISER LE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR

9.2.1 Engager tous les acteurs aux niveaux national, régional et communautaire et les accompagner dans l'adaptation des comportements aux rôles dévolus dans le contexte de la décentralisation

- Envisager le soutien aux ASACO et à la FENASCOM pour que la promotion de la santé et l'appréciation de la qualité des soins par les bénéficiaires deviennent des dimensions aussi importantes que la gestion des CSCom.
- Soutenir et faire connaître les expériences qui, dans le cadre de la définition des rôles respectifs entre ASACO, les communes et les équipes de santé de district montrent les efforts et les progrès réalisés par les différents acteurs pour épouser leurs nouveaux rôles et adapter les comportements en conséquence (documenter en particulier les avantages qui en découlent pour la santé de la population et pour une gestion efficiente).
- Renforcer la collaboration entre les équipes socio-sanitaires du cercle et de la commune pour la planification et la mise en œuvre des programmes socio-sanitaires.

- Clarifier le rôle que devrait jouer le préfet pour renforcer l'autonomie des communes, la bonne collaboration avec les services techniques décentralisés et la bonne utilisation des moyens mis à la disposition des collectivités décentralisées par l'État.

9.2.2 Renforcer la collaboration avec les communes et développer les partenariats avec les ONG et la société civile pour une mobilisation soutenue des leaders de groupements et des relais communautaires.

- Renforcer la solidarité pour l'accès aux soins par le développement d'une combinaison dynamique de stratégies complémentaires.
- Entreprendre une campagne de communication multiforme pour renforcer la mutualisation des risques allant au-delà des mécanismes traditionnels préexistants.
- Dynamiser et renforcer le développement de mutuelles locales comme stratégie majeure pour améliorer l'accessibilité financière aux soins et pour stimuler la demande (une mutuelle par commune ou par aire de santé serait une bonne option dans le contexte du Mali).
- Renforcer la complémentarité entre les nouvelles modalités et les formes préexistantes de solidarités (caisses villageoises, caisses pour la référence, les prises en charge de groupes spécifiques).
- Considérer toutes les formes de solidarité combinées (AMO, RAMED, mutuelles) tout en considérant qu'environ 80% de la population du Mali est dépourvue d'assurance ou de protection sociale face à la maladie et qu'il faut développer des financements alternatifs, en particulier l'accélération nécessaire pour la création de mutuelles, afin d'assurer un système de soins universel.
- Clarifier et renforcer la communication sur les relations et les complémentarités entre les différentes modalités (AMO, ANAM, mutuelles).

9.2.3 Assurer une plus grande mobilisation des ressources financières et des dépenses qui réduisent effectivement les disparités

- Redoubler les efforts pour que la part du budget national alloué à la santé atteigne le 15% déclaré comme cible par tous les chefs d'états africains lors de l'engagement à Abuja (8,16% en 2009).
- Réexaminer les priorités et les modalités d'allocation des ressources financières, notamment:
 - ♦ Orienter les allocations de ressources financières vers l'amélioration de la qualité des services sur la base des résultats et de la performance aux différents niveaux et le soutien de la demande (AMO, RAMED, mutuelles, stratégies spécifiques de gratuité);
 - ♦ Augmenter les allocations au profit du niveau opérationnel (district) et en corrigeant le déséquilibre actuel dans les dépenses, tout en respectant les critères d'allocation de ressources financières du CDMT et, en même temps, standardiser le système de gestion du district et renforcer les capacités de planification, de gestion, de suivi et d'évaluation sur la base des résultats;
 - ♦ Améliorer le ciblage et raffiner les critères pour les allocations de ressources dans les zones pauvres et tenir compte du contexte spécifique à chaque cercle ou groupe de population dans chaque zone pauvre;
 - ♦ Promouvoir la contractualisation pour plus d'efficacité et l'utilisation de toutes les ressources des secteurs public et privé;

- Améliorer la gestion financière pour rendre plus efficace les ressources étatiques et ABS mis à la disposition du niveau opérationnel et, à travers une gestion financière transparente et plus efficace, redonner confiance au PTF pour redynamiser l'ABS et encourager de nouvelles adhésions.
- Considérer le principe de panier commun au niveau régional ou de cercle pour financer et soutenir les activités importantes pour la réalisation des résultats (comme les supervisions intégrées et le contrôle suivi) et assurer une gestion transparente et en relation avec les PTF. Cette approche devrait progressivement prendre fin avec la prise en compte effective et sans obstacles de décaissements de ces activités par le budget national.

9.2.4 Assurer la maîtrise du développement des ressources humaines et améliorer la performance du personnel

- Renforcer la maîtrise des ressources humaines, premièrement entre le MS et les autres ministères jouant un rôle dans la gestion des ressources humaines, deuxièmement au sein de la DRH des ministères du PRODESS et troisièmement au niveau des collectivités territoriales.
- Améliorer la performance des ressources humaines par l'organisation de la chaîne de compétences encadrant des prestataires et la mise en place des modalités de motivation du personnel.
- Insister sur les notions de redevabilité en mettant l'accent sur le suivi du respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle, et l'extension de la contractualisation selon les résultats.
- Assurer que la stratégie de motivation du personnel prend en compte toutes les dimensions nécessaires et ne se réduit pas à la seule motivation financière et faire en sorte que la compensation financière soit toujours liée aux résultats et la performance.

9.2.5 Renforcer la contribution du système d'information sanitaire au suivi des progrès et à l'évaluation des résultats

- Élaborer un plan compréhensif de développement du SNIS et en assurer le financement, en priorité par le budget de l'État qui peut être complété par les apports des partenaires au développement.
- Assurer la fiabilité et la crédibilité des données en mettant en place à tous les niveaux un système devant garantir le contrôle de qualité et de validation des informations sanitaires et sociales.
- Renforcer le système d'Information hospitalier (SIH) et la collaboration effective entre les DRS et les hôpitaux régionaux, d'une part, et entre la DNS et les hôpitaux nationaux d'autre part.
- Renforcer les directions régionales de la santé et du développement social et les districts de santé en ressources humaines pour leur permettre de produire des informations sanitaires et sociales de bonne qualité et en assurer leur diffusion.
- Mettre en place un cadre de concertation permanente pour sensibiliser les responsables nationaux des finances (budget, contrôle financier, trésorerie) sur la gestion du PRODESS. Cela nécessite l'instauration d'un mécanisme de suivi régulier basé sur un système d'information plus fiable.

9.2.6 Renforcer une planification stratégique inclusive, bien articulée avec le CSCRП et qui concrétise le principe de la décentralisation et de l'atteinte des résultats

- Concevoir le prochain programme décennal en étroite collaboration avec le nouveau CSCRП de manière à ce que l'articulation entre le nouveau programme sectoriel et le CSCRП soit dynamique et organique, et en prenant en compte les meilleures pratiques et leçons apprises durant l'implémentation du plan précédent.
- Assurer que le futur programme sectoriel établisse une vision commune basée sur les résultats entre les trois ministères concernés en vue de prévenir la tendance préjudiciable au cloisonnement entre les composantes de santé, de développement social ou de promotion de la femme.
- Renforcer la coordination intersectorielle pour la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé et de solidarité en assurant en particulier:
 - ♦ Que les contributions d'autres ministères (éducation, hydraulique, environnement, collectivité territoriales et autres dans le cadre du CSCRП soient effectivement planifiées, prises en compte et discutées durant les revues communes;
 - ♦ La possibilité de réunions centrées sur des questions spécifiques multisectorielles dans les revues du PRODESS et durant les CROCEPS;
 - ♦ L'appui technique nécessaire aux communes pour la planification et la mise en œuvre de plans multisectoriels;
 - ♦ L'inclusion du secteur privé comme un partenaire important pour la réalisation des objectifs nationaux.
- Renforcer l'articulation entre le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme, les plans de développement des collectivités territoriales, les engagements du Compact et les plans opérationnels du PRODESS qui pourront devenir pluriannuels.
- Renforcer les capacités des équipes de cercle et de région en matière de planification basée sur les résultats et en matière de définition de priorité dans des situations de contrainte financières.
- Considérer le Plan Socio-Sanitaire de Cercle (PDSSC) comme l'élément essentiel des plans régionaux et comme un élément central au centre du plan stratégique national. À ce titre le plan doit:
 - ♦ Tenir compte de la spécificité du cercle et ne pas reconduire simplement des lignes de financements établies;
 - ♦ Être basé sur les résultats qui contribuent à la réalisation des objectifs nationaux avec des liens explicites entre le financement et les résultats;
 - ♦ Bénéficier de l'autonomie et de la flexibilité nécessaire pour une mise en œuvre efficace et de l'amélioration de la communication entre le niveau central et le niveau communautaire;
 - ♦ Eclairer des plans des communes pour assurer la complémentarité et soutenir les stratégies multisectorielles.

11. Il faut considérer l'année 2012 comme la première année du nouveau plan décennal et comme l'année charnière pour introduire les changements visant à renforcer l'approche basée sur les résultats et la décentralisation.

9.2.7 Encourager les études et recherches pour améliorer la performance du système de santé et renforcer la solidarité et maîtriser le problème du défi démographique

12. Il faut accorder plus de moyens et d'attentions aux études et recherches de sorte qu'elles contribuent régulièrement et systématiquement (i) à informer les politiques (ii) à permettre des choix éclairés pour les stratégies et les options de mise en œuvre et (iii) à augmenter les capacités et compétences nationales en matière de santé et de solidarité.

- Le dernier recensement de la population malienne révèle une population de 14.517.176 habitants et un taux d'accroissement annuel de 3,6%, ce qui est beaucoup plus considérable que prévu. Si l'indice de fécondité reste au niveau actuel de 6,6, la population malienne risque de doubler dans 21 ans et de tripler en 2035.
- L'espacement des naissances devrait bénéficier de l'attention que lui confère son impact sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et sur la mortalité maternelle.
- Le prochain plan devrait prendre en considération les conséquences et les implications du défi démographique pour ne pas freiner les progrès en matière de santé et de solidarité et ne pas perdre les acquis.

9.2.8 Faire du prochain PDDSS l'opportunité pour passer à un autre palier, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé, de la solidarité et de la promotion de la femme

13. Les premières années de la mise en œuvre de la nouvelle politique sectorielle de santé formulée en 1990 furent celles des réformes structurelles et du développement des modèles. Le plan décennal, évalué dans ce rapport, fut essentiellement celui de l'extension de l'accessibilité géographique des services avec la poursuite à des degrés de réalisation différents de certains chantiers de réformes (décentralisation, hôpitaux, médicaments, ressources humaines). Construisant sur les acquis et tenant compte des leçons apprises, la mobilisation de tous les acteurs devrait faire de sorte que le prochain plan permette de relever les défis de l'accès universel aux soins de qualité et d'ancrer solidement l'approche basée sur les résultats.

Annexes *

* *SIGLES ET ABRÉVIATIONS* au début du rapport; *BIBLIOGRAPHIE* dans Annexe 12

ANNEXE 1 : POPULATION DU MALI (1998-2008)

REGION		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
KAYES	Population Totale	1 372 019	1 403 671	1 436 065	1 469 218	1 503 146	1 537 869	1 573 405	1 609 774	1 646 999	1 685 094	1 724 082
	< 1 an					60 126	61 515	62 936	64 391	65 880		
	1- 4 ans					210 440	215 302	220 277	225 368	230 580		
	5-15 ans					450 944	461 361	472 022	482 932	494 100		
	> 15 ans					786 145	804 305	822 891	841 912	861 380		
	FAPs					353 239	361 399	369 750	378 297	387 045		
	NA					75 157	76 893	78 670	80 489	82 350		
KOULIKORO	Population Totale	1 565 838	1 309 093	1 645 890	1 691 980	1 735 073	1 779 436	1 824 714	1 871 336	1 919 350	1 968 798	2 019 725
	< 1 an					69 403	71 177	72 989	74 853	76 774		
	1- 4 ans					242 910	249 121	255 460	261 987	268 709		
	5-15 ans					520 522	533 831	547 414	561 401	575 805		
	> 15 ans					907 443	930 645	954 325	978 709	1 003 820		
	FAPs					407 742	418 167	428 808	439 764	451 047		
	NA					86 754	88 972	91 236	93 567	95 968		
SIKASSO	Population Totale	1 780 042	1 837 035	1 888 162	1 940 716	1 994 738	2 050 267	2 107 347	2 166 022	2 226 333	2 288 330	2 352 059
	< 1 an					79 790	82 011	84 294	86 641	89 053		
	1- 4 ans					279 263	287 037	295 029	303 243	311 687		
	5-15 ans					598 421	615 080	632 204	649 807	667 900		
	> 15 ans					1 043 248	1 072 290	1 102 142	1 132 830	1 164 372		
	FAPs					468 763	481 813	495 227	509 015	523 188		
	NA					99 737	102 513	105 367	108 301	111 317		
SEGOU	Population Totale	1 679 201	1 714 773	1 751 171	1 788 418	1 826 532	1 865 538	1 939 434	1 971 305	2 009 956	2 052 890	2 096 830
	< 1 an					73 061	74 622	77 577	78 852	80 398		
	1- 4 ans					255 714	261 175	271 521	275 983	281 394		
	5-15 ans					547 960	559 661	581 830	591 392	602 987		
	> 15 ans					955 276	975 676	1 014 324	1 030 993	1 051 207		
	FAPs					429 235	438 401	455 767	463 257	472 340		
	NA					91 327	93 277	96 972	98 565	100 498		
MOPTI	Population Totale	1 474 274	1 508 341	1 514 673	1 534 956	1 555 633	1 576 715	1 598 211	1 620 131	1 642 480	1 665 269	1 688 509
	< 1 an					62 225	63 069	63 928	64 805	65 699		
	1- 4 ans					217 789	220 740	223 750	226 818	229 947		
	5-15 ans					466 690	473 015	479 463	486 039	492 744		
	> 15 ans					813 596	824 622	835 864	847 329	859 017		
	FAPs					365 574	370 528	375 580	380 731	385 983		
	NA					77 782	78 836	79 911	81 007	82 124		

Cont.

REGION		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOMBOUCTOU	Population Totale	464 769	463 098	464 376	465 787	467 328	533 469	545 205	557 200	569 458	581 986	594 790
	< 1 an					18 693	21 339	21 808	22 288	22 778		
	1- 4 ans					65 426	74 686	76 329	78 008	79 724		
	5-15 ans					140 198	160 041	163 562	167 160	170 837		
	> 15 ans					244 413	279 004	285 142	291 416	297 827		
	FAPs					109 822	125 365	128 123	130 942	133 823		
	NA					23 366	26 673	27 260	27 860	28 473		
GAO	Population Totale	397 516	402 742	407 832	413 000	418 245	423 572	428 981	434 372	439 945	445 605	451 351
	< 1 an					16 730	16 943	17 159	17 375	17 598		
	1- 4 ans					58 554	59 300	60 057	60 812	61 592		
	5-15 ans					125 474	127 072	128 694	130 312	131 984		
	> 15 ans					218 742	221 528	224 357	227 177	230 091		
	FAPs					98 288	99 539	100 811	102 077	103 387		
	NA					20 912	21 179	21 449	21 719	21 997		
BAMAKO	Population Totale	1 015 867	1 063 062	1 112 002	1 164 141	1 219 727	1 279 028	1 342 334	1 409 962	1 482 256	1 559 590	1 642 365
	< 1 an					48 789	51 161	53 693	56 398	59 290		
	1- 4 ans					170 762	179 064	187 927	197 395	207 516		
	5-15 ans					365 918	383 708	402 700	422 989	444 677		
	> 15 ans					637 917	668 932	702 041	737 410	775 220		
	FAPs					286 636	300 572	315 448	331 341	348 330		
	NA					60 986	63 951	67 117	70 498	74 113		
KIDAL	Population Totale	42 479	43 457	44 457	45 479	46 526	47 597	48 692	49 812	50 958	52 129	53 329
	< 1 an					1 861	1 904	1 948	1 992	2 038		
	1- 4 ans					6 514	6 664	6 817	6 974	7 134		
	5-15 ans					13 958	14 279	14 608	14 944	15 287		
	> 15 ans					24 333	24 893	25 466	26 052	26 651		
	FAPs					10 934	11 185	11 443	11 706	11 975		
	NA					2 326	2 380	2 435	2 491	2 548		
Total Mali		9 792 005	9 745 272	10 264 628	10 513 695	10 766 948	11 093 491	11 408 323	11 689 914	11 987 735	12 299 691	12 623 040

Sources : *Annuaire du SLIS*

Légende FAP Femmes en âge de procréer
NA Naissances attendues

ANNEXE 2: RÉSULTATS DES RÉGIONS DU MALI PAR RAPPORT AUX OMD

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
OMD 1					
<u>Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)</u>	<u>40,0</u>	<u>33,2</u>	<u>26,7</u>		<u>EDS</u>
Kayes	38,0	31,9	22,0		
Koulikoro	40,9	32,3	29,1		
Sikasso	44,0	40,2	30,8		
Ségou	40,9	35,9	25,7		
Mopti	41,3	33,2	28,1		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	40,8	37,7	32,3		
Gao			27,0		
Kidal			28,7		
Bamako	29,3	15,0	19,4		

Sources: 1995-96: Tab. 8.5; 2001: Tab. 9.14; 2006: Tab. 11.11

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)</u>				<u>18,9</u>	<u>MICS</u>
<u>Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (Rougeole)</u>	<u>50,8</u>	<u>48,7</u>	<u>68,4</u>		<u>EDS</u>
Kayes	26,4	39,4	55,0		
Koulikoro	50,0	47,4	71,2		
Sikasso	53,6	59,2	74,8		
Ségou	57,9	40,1	76,8		
Mopti	41,8	27,1	52,2		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	56,3	42,3	52,9		
Gao			70,4		
Kidal					
Bamako	76,8	78,1	80,6		

Sources: 1995-96: Tab. 7.8; 2001: Tab. 8.11; 2006: Tab. 9.3

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (DTC3) (%)</u>	<u>37,5</u>	<u>39,6</u>	<u>61,9</u>		<u>EDS</u>
Kayes	13,0	21,1	49,4		
Koulikoro	36,9	45,1	74,3		
Sikasso	35,0	43,7	73,5		
Ségou	45,5	36,1	73,7		
Mopti	28,7	16,6	58,7		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	53,0	35,6	48,9		
Gao			68,3		
Kidal					
Bamako	69,6	75,9	79,6		

Sources: 1995-96: Tab. 7.8; 2001: Tab. 8.11; 2006: Tab. 9.3

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
OMD 4					
<u>Tx de mortalité infantile/1000</u>	<u>122,5</u>	<u>113,4</u>	<u>95,8</u>		<u>EDS</u>
Kayes	134,9	124,6	105,0		
Koulikoro	131,8	120,8	114,0		
Sikasso	138,7	126,4	132,0		
Ségou	147,9	118,6	131,0		
Mopti	142,4	159,3	108,0		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	106,2	141,8	126,0		
Gao			68,0		
Kidal					
Bamako	83,9	93,8	66,0		

Sources: 1995-96: Tab 9.1/9.2; 2001: Tab. 10.1/10.2; 2006: Tab. 12.1/12.2

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx mortalité infanto-juvénile/1000</u>	<u>237,5</u>	<u>229,1</u>	<u>190,5</u>		<u>EDS</u>
Kayes	259,0	250,3	196,0		
Koulikoro	232,0	219,3	222,0		
Sikasso	232,3	235,4	237,0		
Ségou	274,0	248,4	262,0		
Mopti	325,3	290,7	227,0		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	237,2	288,4	229,0		
Gao			136,0		
Kidal					
Bamako	149,2	133,8	108,0		

Sources: 1995-96: Tab 9.1/9.2; 2001: Tab. 10.1/10.2; 2006: Tab. 12.1/12.2

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
OMD 5					
<u>Tx de mortalité maternelle/100 000</u>	<u>577</u>	<u>582</u>	<u>464</u>		<u>EDS</u>

Sources: 1995-96: Tab 10.4; 2001: Tab. 11.4; 2006: Tab. 13.4

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx de soins prénatals (%)</u>	<u>46,9</u>	<u>56,8</u>	<u>70,4</u>		<u>EDS</u>
Kayes	41,5	52,4	63,9		
Koulikoro	50,1	60,5	70,6		
Sikasso	44,8	63,8	70,5		
Ségou	43,7	44,7	74,8		
Mopti	26,8	35,7	65,6		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	58,4	46,0	42,5		
Gao			58,0		
Kidal			32,0		
Bamako	88,5	93,2	94,2		

Sources: 1995-96: Tab. 7.1; 2001: Tab. 8.1; 2006: Tab. 8.1

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx d'accouchements assistés (%)</u>	<u>40,0</u>	<u>40,6</u>	<u>49,0</u>		<u>EDS</u>
Kayes	31,6	35,7	37,2		
Koulikoro	42,4	48,5	55,5		
Sikasso	39,9	43,3	50,6		
Ségou	33,7	22,3	44,9		
Mopti	21,0	20,0	33,7		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	41,5	25,7	25,9		
Gao			33,7		
Kidal			19,5		
Bamako	89,4	93,7	92,6		

Sources: 1995-96: Tab. 7.5; 2001: Tab. 8.6; 2006: Tab 8.6

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
<u>Tx d'accouchements assistés (%)</u>				<u>56</u>	<u>MICS</u>

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union) (%)	4,5	5,7	6,9		
Kayes	2,5	4,6	5,1		
Koulikoro	4,8	4,3	6,8		
Sikasso	3,2	4,8	6,0		
Ségou	2,9	3,9	7,1		
Mopti	2,6	2,4	2,0		
Tombouctou (y compris Gao et Kidal)	5,5	2,4	4,3		
Gao			4,4		
Kidal			8,6		
Bamako	16,4	19,2	16,9		

Sources: 1995-96: Tab. 4.6); 2001: Tab. 5.5; 2006: Tab. 5.5

Indicateur	1996	2001	2006	2010	Source
OMD 6					
Tx de prévalence du VIH/SIDA/100		1,7	1,3		EDS

Résultats au Mali par rapport aux OMD

Indicateur	1996	2001	2006	2008	2009	2010	Source
OMD 1							
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)	43,3	33,3	32,0				EDS
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)						18,9	MICS
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (%)	37,5	39,6	61,9				EDS
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (%)				68,0	74,0		UNICEF
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (%)						72,0	MICS
OMD 4							
Tx de mortalité infantile/1000	122,5	113,4	95,8				EDS
Tx de mortalité infantile/1000					101		UNICEF
Tx mortalité infanto-juvénile/1000	237,6	229,1	190,5				EDS
Tx mortalité infanto-juvénile/1000					191		UNICEF
OMD 5							
Tx d'accouchements assistés (%)	40,0	40,6	26,8				EDS
Tx d'accouchements assistés (%)						28,0	MICS
Tx de mortalité maternelle/100000	577	582	464				EDS
OMD 6							
Tx de prévalence du VIH/SIDA (%)		1,7	1,3				EDS

ANNEXE 3: RÉSULTATS COMPARÉS DU MALI ET DE CINQ PAYS VOISINS

3.1- Résultats comparés pour les OMDs (Résultats EDS)

Indicateur	1996-97	1998-00	2001	2002-05	2006	2007-09
OMD 1						
Taux d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans (%)						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	40,0		33,2		26,7	
Burkina (1998-99 et 2003)		36,8		38,6		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		25,9		29,4		22,7
Guinée (1999 et 2005)		26,1		34,7		
Niger (1998 et 2006)					49,9	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)				15,9		
Taux de couv. vaccin. (DTC3) des enfants de 12-23m (%)						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	37,5		39,6		61,9	
Burkina (1998-99 et 2003)						87,7
Ghana (1998, 2003 et 2008)						
Guinée (1999 et 2005)				48,9		
Niger (1998 et 2006)					34,7	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)				74,1		
OMD 4						
Taux de mortalité infantile/1000						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	122,5		113,4		95,8	
Burkina (1998-99 et 2003)		105,3		81,4		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		56,7		64,3		50,3
Guinée (1999 et 2005)		98,0		91,4		
Niger (1998 et 2006)		123,1			81,4	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)	67,7			61,1		53,6
Taux mortalité infanto-juvénile/1000						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	237,6		229,1		190,5	
Burkina (1998-99 et 2003)		219,1		183,7		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		107,6		111,2		80,0
Guinée (1999 et 2005)		176,9		163,2		
Niger (1998 et 2006)		273,8			197,6	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)	139,1			121,3		84,8

Cont.

Indicateur	1996-97	1998-00	2001	2002-05	2006	2007-09
OMD 5						
Taux d'accouchements assistés (%)						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	40,0		40,6		49,0	
Burkina (1998-99 et 2003)		30,9		37,8		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		44,3		47,1		58,7
Guinée (1999 et 2005)		34,8		38,0		
Niger (1998 et 2006)					17,6	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)	46,5			51,9		
Taux de mortalité maternelle/100.000						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	577		582		464	
Burkina (1998-99 et 2003)		484				
Ghana (1998, 2003 et 2008)						
Guinée (1999 et 2005)						
Niger (1998 et 2006)						
Sénégal (2005)						
OMD 6						
Taux de prévalence du VIH/SIDA (%)						
EDS						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)			1,7		1,3	
Burkina (1998-99 et 2003)				1,9		
Ghana (1998, 2003 et 2008)				2,2		
Guinée (1999 et 2005)				1,5		
Niger (1998 et 2006)					0,7	
Sénégal (2005)				0,7		

3.2- Comparaisons des résultats des EDS sur la démographie du Mali par rapport aux pays voisins

Indicateur	1996-97	1998-00	2001	2002-05	2006	2007-09
Taux de fécondité* (%)						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	6,7		6,8		6,6	
Burkina (1998-99 et 2003)		6,4		5,9		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		4,4		4,4		4,0
Guinée (1999 et 2005)		5,5		5,7		
Niger (1998 et 2006)		7,2			7,0	
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)	5,7			5,3		4,9
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (%)						
Mali (1995-96, 2001 et 2006)	4,5		5,7		6,9	
Burkina (1998-99 et 2003)		4,8		8,8		
Ghana (1998, 2003 et 2008)		13,3		18,7		16,6
Guinée (1999 et 2005)		4,2		5,7		
Niger (1998 et 2006)		4,6		5,0		
Sénégal (1997, 2005 et 2008-09)	8,1			10,3		

*Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant.

3.3- Comparaisons des indicateurs de santé du Mali par rapport aux pays voisins (autres sources)

Indicateur	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de couv. vaccin. des enfants de 12-23m ayant reçu la DTCP (3 à 12m) (%)						
UN Inter-agency Estimates (2009)						
Mali						74,0
Burkina						82,0
Ghana						94,0
Guinée						57,0
Niger						70,0
Sénégal						86,0
MICS						
Mali (2010)						
Burkina (2006)						
Ghana (1995 et 2006)		71,0				
Niger (1996 et 2000)		23,9				
Sénégal (1996 et 2000)						

Cont.

Indicateur		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de mortalité infanto-juvénile / 1000							
MICS	Mali (2010) Burkina (2006) Ghana (1995 et 2006) Niger (1996 et 2000) Sénégal (1996 et 2000)						
Taux d'accouchements assistés (%)							
MICS	Mali (2010) Un personnel qualifié (matrone exclue) Accouchement dans un centre de santé Burkina (2006) Ghana (1995 et 2006) Niger (1996 et 2000) Sénégal (1996 et 2000)		33,7				
Taux de mortalité maternelle / 100 000 naissances							
UN Inter-agency Estimates (2009)	Mali Burkina Ghana Guinée Niger Sénégal		1100 730 540 1100 1300 690	980 650 500 920 1100 560		880 600 400 780 910 460	830 560 350 680 820 410
Taux de prévalence du VIH/SIDA (%)							
UN Inter-agency Estimates (2009)	Mali Burkina Ghana Guinée Niger Sénégal						1,0 1,2 1,8 1,3 0,8 0,9
MICS	Mali (2010) Burkina (2006) Ghana (1995 et 2006) Niger (1996 et 2000) Sénégal (1996 et 2000)						

3.4- Comparaison des indicateurs de résultats du Mali avec ceux des pays de la sous région

	Mali	Rang 1: Meilleur 7: Mauvais	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinea	Mauritania	Niger	Senegal
Démographie								
Taux de croissance démographique annuelle (%), 1990-2000	2,0	1,0	2,8	3,2	3,1	2,7	3,3	2,7
Taux de croissance démographique annuelle (%), 2000-2009	2,7	3,0	3,7	2,5	2,3	2,9	4,1	2,9
Taux de fécondité total, 2009 (%)	5,4	5,0	5,8	4,5	5,3	4,4	7,1	4,9
La prévalence contraceptive (%), 2005-2009*	8,0	7,0	17,0	13,0	9,0	9,0	11,0	12,0
Santé de la mère								
<u>CPN (Consultation prénatale)</u>								
La couverture des soins prénatale (%) au moins une fois, 2005-2009*	70,0	6,0	85,0	85,0	88,0	75,0	46,0	87,0
La couverture des soins prénatale (%) au moins quatre fois, 2005-2009*	35,0	4,0	18,0	45,0	50,0	16,0	15,0	40,0
<u>Accouchement assisté</u>								
Assistance lors de l'accouchement par du personnel formé (%), 2005-2009*	49,0	5,0	54,0	57,0	46,0	61,0	33,0	52,0
Soins d'accouchement d'un établissement de santé (%), 2005-2009*	45,0	5,0	51,0	54,0	39,0	48,0	17,0	62,0
Accouché par césarienne (%), 2005-2009*	2,0	4,0	1,0	6,0	2,0	3,0	1,0	3,0
Personnel qualifié à la naissance (%) 2000-2009, les plus pauvres 20%	35,0	2,0	56,0	29,0	26,0	21,0	21,0	20,0
<u>Impact</u>								
Taux de mortalité maternelle/ 100 000 naissances, † 2005-2009* rapporté	460,0	5,0	310,0	540,0	980,0	690,0	650,0	400,0
Taux de mortalité maternelle/ 100 000 naissances, † 2008, ajustées	830,0	7,0	560,0	470,0	680,0	550,0	820,0	410,0

	Mali	Rang 1: Meilleur 7: Mauvais	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinea	Mauritania	Niger	Senegal
Santé de l'enfant								
<u>L'impact</u>								
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans/ 100 000 naissances vivantes, 2009	191,0	7,0	166,0	119,0	142,0	117,0	160,0	93,0
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an) / 100 000 naissances vivantes, 2009	101,0	7,0	91,0	83,0	88,0	74,0	76,0	51,0
<u>Nutrition</u>								
% Des moins de cinq ans (2003 -2009*) souffrant de: l'insuffisance pondérale (NCHS/WHO), modérée et grave	32,0	6,0	31,0	20,0	26,0	20,0	41,0	17,0
% Des moins de cinq ans (2003 -2009*) souffrant de: l'insuffisance pondérale (WHO), modérée et grave	27,0	6,0	26,0	16,0	21,0	14,0	34,0	14,0
% Des moins de cinq ans (2003 -2009*) souffrant de: l'insuffisance pondérale (WHO), grave	10,0	6,0	7,0	5,0	7,0	2,0	11,0	4,0
L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (%) 2003-2009 pauvres, 20%	31,0	3,0	38,0	21,0	24,0	-	-	21,0
<u>Vaccination</u>								
% des vaccins du PEV de routine financés par le gouvernement 2009, le total	-	-	30,0	5,0	30,0	100,0	29,0	17,0
Vaccination 2009, 1-enfants d'un an vaccinés contre: DTC, Vaccins correspondants DTC3β (%)	74,0	4,0	82,0	81,0	57,0	64,0	70,0	86,0
Vaccination 2009, 1-enfants d'un an vaccinés contre: rougeole, Vaccins correspondants rougeole (%)	71,0	4,0	75,0	67,0	51,0	59,0	73,0	79,0
Vaccination - couverture de la rougeole (%) 2000-2008: 20% plus pauvre	68,0	3,0	72,0	58,0	42,0	57,0	32,0	71,0
Maladies transmissibles								
<u>Paludisme</u>								
Paludisme 2006-2009 *,% de moins de cinq ans dorment sous des moustiquaire imprégnée d'insecticide	27,0	2,0	10,0	3,0	5,0	2,0	43,0	29,0
<u>VIH/SIDA</u>								
Estimation du taux de prévalence du VIH (age15-49),2009 (%)	1,0	4,0	1,2	3,4	1,3	0,7	0,8	0,9
Mère à l'enfant la transmission, le nombre estimé de femmes (âgées de 15 ans) vivant avec le VIH, 2009 (en milliers)	40,0	4,0	56,0	220,0	41,0	4,0	28,0	32,0
Orphelins, Enfants (0-17 ans) rendus orphelins par le sida, 2009, estimation (milliers)	59,0	4,0	140,0	-	59,0	3,6	57,0	19,0

Source: UNICEF

ANNEXE 4 : RÉSUMÉ DES INDICATEURS DE SANTÉ DU CADRE COMMUN AU NIVEAU NATIONAL ENTRE 1998 ET 2009

Indicateurs (OMD noté en gras)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sources
VOLET 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires													
Proportion de la population vivant à moins de 05 km d'un CSCOM fonctionnel (%)	29	33	36	41	43	45	48	50	51	58	58	57	SLIS
VOLET 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines													
Ratios personnels soignants /habitants													SLIS
Médecins/habitants		1 / 36 529	1 / 25 706	1 / 23 155	1 / 27 873	1 / 28 099	nd	1 / 15 079	1 / 17 275	1 / 12 920	1 / 7 256		SLIS
Sages- femmes/hbts		1 / 28 200	1 / 22 562	1 / 20 786	1 / 30 393	1 / 31 778	nd	1 / 20 958	1 / 22 003	1 / 21 003	1 / 10 763		SLIS
Infirmiers/Assistants Médicaux/hbts		1 / 10 943	1 / 9 142	1 / 8 102	1 / 9 605	1 / 9 894	nd	1 / 5 217	1 / 3 365	1 / 3 319	1 / 1 930		SLIS
Ecart max. rég. ratios personnels soignants / habitant avec la moyenne nationale													
Médecins/habitant										1 / 13 895	1 / 12 150		SLIS
Sages- femmes/hbt										1 / 48 014	1 / 42 469		SLIS
Infirmiers/Assistants-Médicaux / hbt										1 / 3 288	1 / 3 399		SLIS
Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau CSCOM(%)								94	96	97	97		SLIS
VOLET 3 : Disponibilité des ME, des vaccins et des consommables médicaux													
Disponibilité des médicaments du panier (%)										95	75	89	Bilan C
Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance											2,33	3,00	SLIS
Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs (%)											90,58	93,00	Rpt/DAF

Indicateurs (OMD noté en gras)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sources*
VOLET 4: Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire													
Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) des enfants <1 an (OMD 4) (%)	54	51	52	61	74	79	90	91	92	69	95	101	SLIS
Ecart max. rég. de la couverture vaccinale DTCP3/ PENTA3 avec la moyenne natle										21 pts	14 pts	12 pts	SLIS
Taux d'accouchements assistés (OMD 5) (%)	31	33	36	41	40	42	49	53	55	58	61	64	SLIS
Ecart max. rég. des accouchements assistés avec la moyenne nationale										29 pts	27 pts	34 pts	SLIS
Taux de couverture en CPN et CPN recentrée (%)										35	43	44	SLIS
Ecart max. rég. de la couverture en CPN recentrée avec la moyenne nationale										15 pts	14 pts	13 pts	SLIS
Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (OMD 4) (%)	57	51	53	61	64	72	78	78	82	89	91	98	SLIS
Ecart max. rég. de la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole avec la moyenne nationale										17 pts	18 pts	12 pts	SLIS
Taux d'utilisation de la consultation curative (%)	0,18	0,18	0,17	0,20	0,21	0,23	0,25	0,26	0,26	0,29	0,29	0,33	SLIS
Taux d'incidence du paludisme (simple/grave) dans les FS (OMD 6) (%)										S: 87,63 09,37	G: S: 82,82 G: 22,22	S: 99,21 G: 26,84	SLIS
Taux de détection de la tuberculose (OMD 6) (%)								21	26	26	27	29	SLIS
Structures offrant les SONUB								47	41	48**	55	56	SLIS
Structures offrant les SONUC								34	39	45**	51	51	SLIS

*Veuillez consulter *Abréviations et Acronymes* et le *Bibliographie*

**Ces chiffres n'ont pu être vérifiés

Cont.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sources*
Taux de réalisation de la césarienne (%)									1,89	2,06	2,17	2,33	SLIS
Proportion de nouveau-nés séropositifs nés de mères séropositives sous ARV(Nombre)											582	810	Rpt CSLS
Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV(Nombre)											1 008	1 227	Rpt CSLS
Nombre de couples année protection (CAP)										68 487	88 956	90 542	SLIS
Taux d'utilisation des services de PF (%)			2,46	3,30	2,98	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	4,55	SLIS
Proportion de CSRef ayant effectué au moins deux supervisions intégrées dans chaque CSCOM (%)											51	67	Bilan C
VOLET 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation													
Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau	1 225	1 593	1 469	1 762									RMP, Tableau 16
Coût moyen de l'ordonnance dans les CSCOM (FCFA)								1 218	946	1 107	946	1 430	Bilan C
Coût moyen de l'ordonnance dans les CSREF (FCFA)								1 235	1 058	1 282	1 276	1 589	Bilan C
VOLET 6 : Reforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche													
Taux de Mortalité intra hospitalière (%)								10,0	10,6	12,4	10,4	10,9	SIH
Proportion des patients admis sur référence/évacuation (%)								22,0	22,6	22,2	22,8	26,2	SIH
Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine) (%)								C: 44 M: 62	C: 47 M: 55	C: 45 M: 60	C:60,8 M: 62,4	C: 43,2 M: 52,8	SIH

*Veuillez consulter Abréviations et Acronymes et le Bibliographie

Indicateurs (OMD noté en gras)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sources*
VOLET 7: Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation													
Taux d'exécution budgétaire (%)										97,92	94	91,71	Rapp/DAF
Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT (%)										26,65			Rapp/DAF
											R: 57 EPH:16 SC: 28	R: 61 EPH: 11 SC: 28	
% ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1										25,62	24		Rpt DAF
Indicateurs d'impact :													
Taux de mortalité maternelle / 100000 (OMD 5)	577			582					464				EDS
Taux mortalité infanto-juvénile / 1000 (OMD 4)	237,5			229,1					190,5				EDS
Taux de mortalité infantile / 1000 (OMD 4)	122,5			113,4					95,8				EDS
Taux de mortalité néonatale / 1000	60,4			57,1					46,0				EDS
Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans/100 (OMD 1) (%)	40,0			33,2					26,7				EDS
Taux de prévalence du VIH/SIDA/100 (OMD 6) (%)				1,7					1,3				EDS
% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO	15,7			12,0					14,0				EDS

*Veuillez consulter *Abréviations et Acronymes* et le *Bibliographie*

ANNEXE 5: RÉSUMÉ DÉTAILLÉ DES INDICATEURS DE SANTÉ DU CADRE COMMUN AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL ENTRE 1998 ET 2009

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	%								
Nombre et proportion de la population située <5km d'un CDS	3671198	35,8%	4259123	40,5%	4596203	42,7%	4964623	44,8%	5460042	47,9%
<u>Zone 1</u>	<u>2100983</u>	<u>30,9</u>	<u>2460958</u>	<u>35,4</u>	<u>2657551</u>	<u>37,4</u>	<u>2897855</u>	<u>39,8</u>	<u>3028857</u>	<u>40,5</u>
Koulikoro	397940	24,2	420623	24,9	435358	25,1	466821	26,2	514507	28,2
Mopti	462183	30,5	506111	33,0	541893	34,8	600983	38,1	632147	39,6
Sikasso	681776	36,1	826896	42,6	902822	45,3	956366	46,6	982640	46,6
Ségou	559084	31,9	707328	39,6	777478	42,6	873685	46,8	899563	46,4
<u>Zone 2</u>	<u>617996</u>	<u>26,3</u>	<u>687292</u>	<u>28,7</u>	<u>781858</u>	<u>32,1</u>	<u>828449</u>	<u>32,6</u>	<u>998886</u>	<u>38,5</u>
Kayes	379093	26,4	416468	28,3	488580	32,5	518575	33,7	641361	40,8
Tombouctou	87874	18,9	92932	20,0	102365	21,9	113861	21,3	137956	25,3
Gao	151029	37,0	167355	40,5	179859	43,0	184704	43,6	207650	48,4
Kidal	0	0,0	10537	23,2	11054	23,8	11309	23,8	11919	24,5
<u>Zone 3</u>	<u>952219</u>	<u>85,6</u>	<u>1110873</u>	<u>95,4</u>	<u>1156794</u>	<u>94,8</u>	<u>1238319</u>	<u>96,8</u>	<u>1432299</u>	<u>106,7</u>
District Bamako	952219	85,6	1110873	95,4	1156794	94,8	1238319	96,8	1432299	106,7

Ratio personnel/ population (SLIS)	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.
Médecins (CS et CSRef)	281	36529	409	25706	465	23155	398	27873	406	28099
<u>Zone 1</u>	<u>124</u>	<u>54838</u>	<u>194</u>	<u>35856</u>	<u>192</u>	<u>37042</u>	<u>182</u>	<u>39956</u>	<u>190</u>	<u>39314</u>
Koulikoro	35	47025	76	22263	68	25516	68	26168	76	24009
Mopti	26	58257	30	51165	31	50182	31	50862	31	51555
Sikasso	41	46053	52	37321	56	35620	56	36612	56	37631
Ségou	22	79599	36	49678	37	49366	27	69094	27	71831
<u>Zone 2</u>	<u>75</u>	<u>31370</u>	<u>94</u>	<u>25463</u>	<u>126</u>	<u>19327</u>	<u>98</u>	<u>25944</u>	<u>98</u>	<u>26493</u>
Kayes	42	34192	48	30609	59	25477	59	26066	59	26668
Tombouctou	17	27316	27	17251	43	10868	19	28077	19	28695
Gao	11	37076	13	31769	18	23236	20	21179	20	21449
Kidal	5	8891	6	7580	6	7754	0		0	
<u>Zone 3</u>	<u>82</u>	<u>13561</u>	<u>121</u>	<u>9621</u>	<u>147</u>	<u>8297</u>	<u>118</u>	<u>10839</u>	<u>118</u>	<u>11376</u>
District Bamako	82	13561	121	9621	147	8297	118	10839	118	11376
Sages femmes (CS et CSRef)	364	28200	466	22562	518	20786	365	30393	359	31778
<u>Zone 1</u>	<u>102</u>	<u>66666</u>	<u>129</u>	<u>53923</u>	<u>126</u>	<u>56444</u>	<u>121</u>	<u>60099</u>	<u>115</u>	<u>64954</u>
Koulikoro	31	53093	52	32538	43	40351	43	41382	37	49317
Mopti	23	65855	27	56850	27	57616	27	58397	27	59193
Sikasso	24	78673	24	80863	28	71241	28	73224	28	75262
Ségou	24	72965	26	68785	28	65233	23	81110	23	84323
<u>Zone 2</u>	<u>35</u>	<u>67221</u>	<u>42</u>	<u>56988</u>	<u>51</u>	<u>47750</u>	<u>30</u>	<u>84750</u>	<u>30</u>	<u>86543</u>
Kayes	15	95738	17	86425	19	79113	19	80940	19	82811
Tombouctou	12	38698	17	27399	23	20319	6	88912	6	90868
Gao	6	67972	5	82600	6	69708	5	84714	5	85796
Kidal	2	22229	3	15160	3	15509	0		0	
<u>Zone 3</u>	<u>227</u>	<u>4898,7</u>	<u>295</u>	<u>3946</u>	<u>341</u>	<u>3577</u>	<u>214</u>	<u>5977</u>	<u>214</u>	<u>6273</u>
District Bamako	227	4899	295	3946	341	3577	214	5977	214	6273

Suite du tableau (2005 – 2009)

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Proportion de la population située <5km	5897120	50,4	6166311	51,4	7086378	57,6	7341920	58,2	7360038	56,8
<u>Zone 1</u>	<u>3369990</u>	<u>44,2</u>	<u>3453598</u>	<u>44,3</u>	<u>4216913</u>	<u>52,9</u>	<u>4323760</u>	<u>53,0</u>	<u>4235620</u>	<u>50,8</u>
Koulikoro	665194	35,5	683575	35,6	959648	48,7	986716	48,9	972428	46,9
Mopti	694409	42,9	703215	42,8	767901	46,1	780713	46,2	855586	50,0
Sikasso	1050255	48,5	1087337	48,8	1347153	58,9	1391143	59,1	1238314	51,2
Ségou	960132	48,7	979471	48,7	1142211	55,6	1165188	55,6	1169292	54,6
<u>Zone 2</u>	<u>1084213</u>	<u>40,9</u>	<u>1194693</u>	<u>44,1</u>	<u>1317675</u>	<u>47,7</u>	<u>1384136</u>	<u>49,0</u>	<u>1502580</u>	<u>52,1</u>
Kayes	670537	41,7	728688	44,2	820396	48,7	878178	50,9	974628	55,3
Tombouctou	185039	33,2	234495	41,2	228937	39,3	234288	39,4	309573	50,9
Gao	216444	49,8	219037	49,8	252223	56,6	255180	56,5	194090	42,5
Kidal	12193	24,5	12473	24,5	16119	30,9	16490	30,9	24289	44,5
<u>Zone 3</u>	<u>1442917</u>	<u>102,3</u>	<u>1518020</u>	<u>102,4</u>	<u>1551790</u>	<u>99,5</u>	<u>1634024</u>	<u>99,5</u>	<u>1621838</u>	<u>93,7</u>
District Bamako	1442917	102,3	1518020	102,4	1551790	99,5	1634024	99,5	1621838	93,7

Ratio personnel/ population (SLIS)	Nbre	Pop.								
Médecins (CS et CSRef)			795	15079	712	17275	977	12920	1786	7256
<u>Zone 1</u>	<u>204</u>	<u>37396</u>	<u>287</u>	<u>27171</u>	<u>368</u>	<u>21672</u>	<u>411</u>	<u>19847</u>	<u>506</u>	<u>16490</u>
Koulikoro	72	25991	96	19993	83	23720	85	23761	94	22045
Mopti	31	52262	39	42115	63	26433	71	23782	108	15854
Sikasso	56	38679	86	25888	115	19899	143	16448	155	15597
Ségou	45	43807	66	30454	107	19186	112	18722	149	14375
<u>Zone 2</u>	<u>85</u>	<u>31190</u>	<u>129</u>	<u>20987</u>	<u>142</u>	<u>19471</u>	<u>167</u>	<u>16907</u>	<u>200</u>	<u>14418</u>
Kayes	47	34251	77	21390	86	19594	85	20283	97	18185
Tombouctou	13	42862	22	25884	23	25304	30	19826	38	15997
Gao	20	21719	22	19998	25	17824	39	11573	50	9144
Kidal	5	9962	8	6370	8	6516	13	4102	15	3637
<u>Zone 3</u>	<u>0</u>		<u>379</u>	<u>3911</u>	<u>202</u>	<u>7721</u>	<u>399</u>	<u>4116</u>	<u>1080</u>	<u>1603</u>
District Bamako			379	3911	202	7721	399	4116	1080	1603
Sages femmes (CS et CSRef)		-	572	20958	559	22003	601	21003	1204	10763
<u>Zone 1</u>	<u>132</u>	<u>57794</u>	<u>146</u>	<u>53412</u>	<u>180</u>	<u>44307</u>	<u>178</u>	<u>45827</u>	<u>204</u>	<u>40901</u>
Koulikoro	40	46783	45	42652	49	40180	53	38108	62	33422
Mopti	27	60005	27	60833	32	52040	31	54468	32	53506
Sikasso	28	77358	31	71817	42	54484	36	65335	41	58965
Ségou	37	53279	43	46743	57	36016	58	36152	69	31041
<u>Zone 2</u>	<u>28</u>	<u>94684</u>	<u>47</u>	<u>57603</u>	<u>65</u>	<u>42536</u>	<u>63</u>	<u>44818</u>	<u>82</u>	<u>35166</u>
Kayes	15	107318	24	68625	36	46808	32	53878	41	43024
Tombouctou	5	111440	6	94910	9	64665	11	54072	16	37992
Gao	7	62053	16	27497	18	24756	17	26550	22	20781
Kidal	1	49812	1	50958	2	26065	3	17776	3	18185
<u>Zone 3</u>	<u>0</u>		<u>379</u>	<u>3911</u>	<u>314</u>	<u>4967</u>	<u>360</u>	<u>4562</u>	<u>918</u>	<u>1886</u>
District Bamako			379	3911	314	4967	360	4562	918	1886

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.
Infirmiers (CS et CSRef)	938	10943	1150	9142	1329	8102	1155	9605	1153	9894
<u>Zone 1</u>	<u>488</u>	<u>13934</u>	<u>603</u>	<u>11536</u>	<u>650</u>	<u>10942</u>	<u>634</u>	<u>11470</u>	<u>632</u>	<u>11819</u>
Koulikoro	114	14438	155	10916	137	12665	137	12989	135	13516
Mopti	92	16464	112	13705	125	12445	125	12614	125	12786
Sikasso	175	10789	190	10214	220	9067	220	9319	220	9579
Ségou	107	16366	146	12249	168	10872	152	12273	152	12759
<u>Zone 2</u>	<u>257</u>	<u>9154.6</u>	<u>298</u>	<u>8032</u>	<u>383</u>	<u>6358</u>	<u>320</u>	<u>7945</u>	<u>320</u>	<u>8113</u>
Kayes	130	11047	148	9927	182	8259	182	8450	182	8645
Tombouctou	58	8006	67	6952	96	4868	59	9042	59	9241
Gao	48	8497	50	8260	65	6435	68	6229	68	6309
Kidal	21	2117	33	1378	40	1163	11	4327	11	4427
<u>Zone 3</u>	<u>193</u>	<u>5761.7</u>	<u>249</u>	<u>4675</u>	<u>296</u>	<u>4121</u>	<u>201</u>	<u>6363</u>	<u>201</u>	<u>6678</u>
District Bamako	193	5762	249	4675	296	4121	201	6363	201	6678

	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
	Nbre de CSCOM et % tenu par du personnel non qualifié	490		557		605		660		699
<u>Zone 1</u>	-	-	-	-	<u>408</u>	-	<u>443</u>	-	<u>461</u>	<u>15,0</u>
Koulikoro					82		85		88	19,3
Mopti					83		93		102	32,4
Sikasso					137		142		143	0,0
Ségou					106		123		128	14,8
<u>Zone 2</u>	-	-	-	-	<u>149</u>	-	<u>167</u>	-	<u>188</u>	<u>22,9</u>
Kayes					88		94		108	21,3
Tombouctou					25		31		35	40,0
Gao					31		37		39	10,3
Kidal					5		5		6	33,3
<u>Zone 3</u>	-	-	-	-	<u>48</u>	-	<u>50</u>	-	<u>50</u>	<u>2,0</u>
District Bamako					48		50		50	2,0
Taux de consultation curative (CSCOM/CSRef)	1702961	0,17	2065677	0,20	2289524	0,21	2533291	0,23	2796306	0,25
<u>Zone 1</u>	<u>1053027</u>	<u>0,15</u>	<u>1211185</u>	<u>0,17</u>	<u>1462523</u>	<u>0,21</u>	<u>1457055</u>	<u>0,20</u>	<u>1709078</u>	<u>0,23</u>
Koulikoro	201471	0,12	206731	0,12	262661	0,15	254819	0,14	299937	0,16
Mopti	186936	0,12	245974	0,16	230360	0,15	255437	0,16	255079	0,16
Sikasso	358108	0,19	407625	0,21	516609	0,26	531419	0,26	647883	0,31
Ségou	306512	0,18	350855	0,20	452893	0,25	415380	0,22	506179	0,26
<u>Zone 2</u>	<u>363651</u>	<u>0,15</u>	<u>450483</u>	<u>0,19</u>	<u>436618</u>	<u>0,18</u>	<u>581275</u>	<u>0,23</u>	<u>612891</u>	<u>0,24</u>
Kayes	218406	0,15	304131	0,21	280817	0,19	373830	0,24	408378	0,26
Tombouctou	73804	0,16	75125	0,16	83843	0,18	110454	0,21	109994	0,20
Gao	55837	0,14	56623	0,14	56842	0,14	82588	0,19	76248	0,18
Kidal	15604	0,35	14604	0,32	15116	0,32	14403	0,30	18271	0,38
<u>Zone 3</u>	<u>286283</u>	<u>0,26</u>	<u>404009</u>	<u>0,35</u>	<u>390383</u>	<u>0,32</u>	<u>494961</u>	<u>0,39</u>	<u>474337</u>	<u>0,35</u>
District Bamako	286283	0,26	404009	0,35	390383	0,32	494961	0,39	474337	0,35

Suite du tableau (2005 – 2009)

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.	Nbre	Pop.
Infirmiers (CS/CSRef)			2298	5217		3365	3803	3319	6714	1930
<u>Zone 1</u>	<u>751</u>		<u>1223</u>	<u>6376</u>			<u>1746</u>	<u>4672</u>	<u>1776</u>	<u>4698</u>
Koulikoro	157	16272	284	6758	5837		459	4400	478	4335
Mopti	125	11173	196	8380	6231		277	6096	285	6008
Sikasso	220	17609	378	5890	4246		487	4830	466	5188
Ségou	249	5445	365	5507	4245		523	4009	547	3916
<u>Zone 2</u>	<u>294</u>		<u>561</u>	<u>4826</u>			<u>890</u>	<u>3173</u>	<u>963</u>	<u>2994</u>
Kayes	138	14905	241	6834	4857		337	5116	355	4969
Tombouctou	53	13930	107	5322	4439		268	2219	296	2054
Gao	92	3393	171	2573	2033		228	1980	254	1800
Kidal	11	2165	42	1213	1111		57	936	58	941
<u>Zone 3</u>	<u>0</u>		<u>514</u>	<u>2884</u>				<u>1407</u>	<u>3975</u>	<u>435</u>
District Bamako			514	2884	3227		1167	1407	3975	435

	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
	Nbre de CSCOM et % tenu par du personnel non qualifié	753		785	5,9	826	4,2	873		993
<u>Zone 1</u>	<u>498</u>		<u>502</u>	<u>2,2</u>	<u>526</u>	<u>3,2</u>	<u>557</u>		<u>643</u>	
Koulikoro	103	8,6	107	1,9	116	0,0	120		156	
Mopti	109	25,6	109	8,3	112	14,3	118		134	
Sikasso	152	9,0	152	0,0	153	0,0	156		188	
Ségou	134	1,0	134	0,0	145	0,7	163		165	
<u>Zone 2</u>	<u>203</u>		<u>231</u>	<u>15,2</u>	<u>248</u>	<u>7,3</u>	<u>264</u>		<u>298</u>	
Kayes	115	8,0	130	16,2	141	5,7	156		167	
Tombouctou	41	14,0	51	25,5	51	13,7	53		67	
Gao	40	10,6	43	2,3	49	2,0	48		55	
Kidal	7	0,0	7	0,0	7	28,6	7		9	
<u>Zone 3</u>	<u>52</u>		<u>52</u>	<u>0,0</u>	<u>52</u>	<u>0,0</u>	<u>52</u>		<u>52</u>	
District Bamako	52	0,0	52	0,0	52	0,0	52		52	
Taux de consultation curative (CSCOM/CSRef)	2982235	0,26	3126181	0,26	3508931	0,29	3697738	0,29	4334410	0,33
<u>Zone 1</u>	<u>1773260</u>	<u>0,23</u>	<u>1846339</u>	<u>0,24</u>	<u>2070726</u>	<u>0,26</u>	<u>2207358</u>	<u>0,27</u>	<u>2653648</u>	<u>0,32</u>
Koulikoro	363966	0,19	412971	0,22	474302	0,24	530777	0,26	630939	0,30
Mopti	264162	0,16	263077	0,16	268957	0,16	313818	0,19	383263	0,22
Sikasso	618118	0,29	626292	0,28	711166	0,31	752761	0,32	898368	0,37
Ségou	527014	0,27	543999	0,27	616301	0,30	610002	0,29	741078	0,35
<u>Zone 2</u>	<u>683229</u>	<u>0,26</u>	<u>759790</u>	<u>0,28</u>	<u>840763</u>	<u>0,30</u>	<u>861988</u>	<u>0,31</u>	<u>922337</u>	<u>0,32</u>
Kayes	456755	0,28	498926	0,30	536714	0,32	578041	0,34	620295	0,35
Tombouctou	122219	0,22	141217	0,25	179558	0,31	147325	0,25	169669	0,28
Gao	84060	0,19	101035	0,23	111937	0,25	112467	0,25	104537	0,23
Kidal	20195	0,41	18612	0,37	12554	0,24	24155	0,45	27836	0,51
<u>Zone 3</u>	<u>525746</u>	<u>0,37</u>	<u>520052</u>	<u>0,35</u>	<u>597442</u>	<u>0,38</u>	<u>628392</u>	<u>0,38</u>	<u>758425</u>	<u>0,44</u>
District Bamako	525746	0,37	520052	0,35	597442	0,38	628392	0,38	758425	0,44

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	%								
Taux de CPN (CSCom et CSRef)	230313	44,9	274038	52,1	292618	54,4	327767	59,1	427543	75,0
<u>Zone 1</u>	<u>151714</u>	<u>44,6</u>	<u>170801</u>	<u>49,1</u>	<u>201690</u>	<u>56,7</u>	<u>216930</u>	<u>59,7</u>	<u>296002</u>	<u>79,3</u>
Koulikoro	31751	38,6	36557	43,2	44005	50,7	45254	50,9	59123	64,8
Mopti	24065	31,8	30111	39,2	35247	45,3	37565	47,6	61492	77,0
Sikasso	55987	59,3	57506	59,3	66833	67,0	65305	63,7	81981	77,8
Ségou	39911	45,6	46627	52,1	55605	60,9	68806	73,8	93406	96,3
<u>Zone 2</u>	<u>32410</u>	<u>27,6</u>	<u>39372</u>	<u>32,9</u>	<u>42562</u>	<u>35,0</u>	<u>53355</u>	<u>42,0</u>	<u>72544</u>	<u>55,9</u>
Kayes	22559	31,4	27688	37,7	29113	38,7	37120	48,3	55683	70,8
Tombouctou	4977	21,4	5597	24,0	7618	32,6	8369	31,4	9629	35,3
Gao	4282	21,0	5431	26,3	5304	25,4	7170	33,9	6496	30,3
Kidal	592	26,6	656	28,8	527	22,7	696	29,2	736	30,2
<u>Zone 3</u>	<u>46189</u>	<u>83,1</u>	<u>63865</u>	<u>109,7</u>	<u>48366</u>	<u>79,3</u>	<u>57482</u>	<u>89,9</u>	<u>58997</u>	<u>87,9</u>
District Bamako	46189	83,1	63865	109,7	48366	79,3	57482	89,9	58997	87,9
Tx d'accouchement assisté (CSCom et CSRef)	183946	35,8	217838	41,4	217743	40,4	233324	42,1	280152	49,1
<u>Zone 1</u>	<u>111131</u>	<u>32,7</u>	<u>128483</u>	<u>36,9</u>	<u>139097</u>	<u>39,1</u>	<u>146573</u>	<u>40,3</u>	<u>181677</u>	<u>48,6</u>
Koulikoro	28618	34,8	32681	38,6	34794	40,1	33590	37,8	41086	45,0
Mopti	15149	20,0	20517	26,7	17621	22,7	22669	28,8	24248	30,3
Sikasso	40668	43,1	44403	45,8	52272	52,4	53887	52,6	69032	65,5
Ségou	26696	30,5	30882	34,5	34410	37,7	36427	39,1	47311	48,8
<u>Zone 2</u>	<u>18543</u>	<u>15,8</u>	<u>21086</u>	<u>17,6</u>	<u>23501</u>	<u>19,3</u>	<u>27581</u>	<u>21,7</u>	<u>35439</u>	<u>27,3</u>
Kayes	13760	19,2	15716	21,4	17389	23,1	19982	26,0	26605	33,8
Tombouctou	2197	9,5	2939	12,6	3127	13,4	4116	15,4	4921	18,1
Gao	2270	11,1	2177	10,5	2712	13,0	3145	14,8	3575	16,7
Kidal	316	14,2	254	11,2	273	11,7	338	14,2	338	13,9
<u>Zone 3</u>	<u>54272</u>	<u>97,6</u>	<u>68269</u>	<u>117,3</u>	<u>55145</u>	<u>90,4</u>	<u>59170</u>	<u>92,5</u>	<u>63036</u>	<u>93,9</u>
District Bamako	54272	97,6	68269	117,3	55145	90,4	59170	92,5	63036	93,9
Tx vaccinale des enfants <12 m au DTCP3	211601	51,5	255361	60,7	316748	73,5	350724	79,0	410056	89,9
<u>Zone 1</u>	<u>138313</u>	<u>50,9</u>	<u>171652</u>	<u>61,7</u>	<u>221887</u>	<u>78,0</u>	<u>241304</u>	<u>83,0</u>	<u>285415</u>	<u>95,5</u>
Koulikoro	30788	46,8	36697	54,2	51155	73,7	51566	72,4	60630	83,1
Mopti	16062	26,5	57237	93,2	43971	70,7	50469	80,0	50582	79,1
Sikasso	48690	64,5	39560	51,0	72500	90,9	74972	91,4	97390	115,5
Ségou	42773	61,1	38158	53,3	54261	74,3	64297	86,2	76813	99,0
<u>Zone 2</u>	<u>27055</u>	<u>28,7</u>	<u>32676</u>	<u>34,1</u>	<u>45738</u>	<u>47,0</u>	<u>53810</u>	<u>52,9</u>	<u>67063</u>	<u>64,6</u>
Kayes	20692	36,0	20634	35,1	29593	49,2	36488	59,3	49517	78,7
Tombouctou	2894	15,6	6510	34,9	5763	30,8	8879	41,6	8262	37,9
Gao	3217	19,7	4375	26,5	9626	57,5	8094	47,8	8549	49,8
Kidal	252	14,2	1157	63,6	756	40,6	349	18,3	735	37,7
<u>Zone 3</u>	<u>46233</u>	<u>103,9</u>	<u>51033</u>	<u>109,6</u>	<u>49123</u>	<u>100,7</u>	<u>55610</u>	<u>108,7</u>	<u>57578</u>	<u>107,2</u>
District Bamako	46233	103,9	51033	109,6	49123	100,7	55610	108,7	57578	107,2

Suite du tableau (2005 – 2009)

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%								
Tx de CPN (CSCCom et CSRef)	436907	74,7	452280	75,5	482612	78,5	530698	84,1	581150	89,7
<u>Zone 1</u>	<u>286755</u>	<u>75,2</u>	<u>290102</u>	<u>74,4</u>	<u>317825</u>	<u>79,7</u>	<u>345451</u>	<u>84,7</u>	<u>373792</u>	<u>89,6</u>
Koulikoro	65548	70,1	69661	72,6	76075	77,3	83136	82,3	90304	87,2
Mopti	60932	75,2	52609	64,1	64206	77,1	68957	81,7	75423	88,1
Sikasso	80426	74,3	87335	78,5	92749	81,1	99342	84,5	107729	89,1
Ségou	79849	81,0	80497	80,1	84795	82,6	94016	89,7	100336	93,7
<u>Zone 2</u>	<u>85835</u>	<u>64,8</u>	<u>95649</u>	<u>70,7</u>	<u>98413</u>	<u>71,2</u>	<u>107918</u>	<u>76,4</u>	<u>119011</u>	<u>82,5</u>
Kayes	60984	75,8	67443	81,9	65809	78,1	71268	82,7	75958	86,1
Tombouctou	12873	46,2	14774	51,9	18610	64,0	22205	74,7	24302	80,0
Gao	10906	50,2	12547	57,0	13325	59,8	13178	58,4	17412	76,2
Kidal	1072	43,0	885	34,7	669	25,7	1267	47,5	1339	49,1
<u>Zone 3</u>	<u>64317</u>	<u>91,2</u>	<u>66529</u>	<u>89,8</u>	<u>66374</u>	<u>85,1</u>	<u>77329</u>	<u>94,2</u>	<u>88347</u>	<u>102,1</u>
District Bamako	64317	91,2	66529	89,8	66374	85,1	77329	94,2	88347	102,1
Tx d'accouchement assisté (CSCCom et CSRef)	308108	52,7	331330	55,3	355813	57,9	383209	60,7	411443	63,5
<u>Zone 1</u>	<u>195869</u>	<u>51,3</u>	<u>210146</u>	<u>53,9</u>	<u>224906</u>	<u>56,4</u>	<u>241658</u>	<u>59,3</u>	<u>259998</u>	<u>62,3</u>
Koulikoro	49206	52,6	55520	57,9	59850	60,8	64567	63,9	69268	66,9
Mopti	27731	34,2	33077	40,3	31076	37,3	35450	42,0	38084	44,5
Sikasso	69463	64,1	66134	59,4	72473	63,3	77907	66,2	85546	70,8
Ségou	49469	50,2	55415	55,1	61507	59,9	63734	60,8	67100	62,7
<u>Zone 2</u>	<u>43645</u>	<u>32,9</u>	<u>47603</u>	<u>35,2</u>	<u>57591</u>	<u>41,7</u>	<u>62675</u>	<u>44,4</u>	<u>67715</u>	<u>47,0</u>
Kayes	32001	39,8	34470	41,9	42195	50,1	48829	56,6	51268	58,1
Tombouctou	6769	24,3	7798	27,4	10158	34,9	7920	26,6	10054	33,1
Gao	4415	20,3	4734	21,5	4816	21,6	4999	22,2	5596	24,5
Kidal	460	18,5	601	23,6	422	16,2	927	34,8	797	29,2
<u>Zone 3</u>	<u>68594</u>	<u>97,3</u>	<u>73581</u>	<u>99,3</u>	<u>73316</u>	<u>94,0</u>	<u>78876</u>	<u>96,1</u>	<u>83730</u>	<u>96,7</u>
District Bamako	68594	97,3	73581	99,3	73316	94,0	78876	96,1	83730	96,7
Tx vaccinale des enfants <12 m au DTCP3	423880	91,0	439307	91,6	340821	69,3	477077	94,5	522108	100,7
<u>Zone 1</u>	<u>284723</u>	<u>93,3</u>	<u>284087</u>	<u>91,1</u>	<u>254834</u>	<u>79,9</u>	<u>325658</u>	<u>99,8</u>	<u>337211</u>	<u>101,0</u>
Koulikoro	70555	94,3	69802	90,9	62494	79,4	73494	91,0	80914	97,6
Mopti	57238	88,3	56601	86,2	51992	78,1	61423	90,9	63985	93,4
Sikasso	79526	91,8	83178	93,4	78365	85,6	97497	103,6	108932	112,6
Ségou	77404	98,2	74506	92,7	61983	75,5	93244	111,2	83380	97,3
<u>Zone 2</u>	<u>92245</u>	<u>87,0</u>	<u>96751</u>	<u>89,3</u>	<u>55327</u>	<u>50,0</u>	<u>92690</u>	<u>82,1</u>	<u>105008</u>	<u>91,0</u>
Kayes	62126	96,5	63321	96,1	33201	49,3	61843	89,7	66164	93,8
Tombouctou	15694	70,4	15920	69,9	13130	56,4	13823	58,1	19530	80,3
Gao	13164	75,8	16580	94,2	8689	48,7	16198	89,7	18359	100,4
Kidal	1261	63,3	930	45,6	307	14,7	826	38,7	955	43,8
<u>Zone 3</u>	<u>46912</u>	<u>83,2</u>	<u>58469</u>	<u>98,6</u>	<u>30660</u>	<u>49,1</u>	<u>58729</u>	<u>89,4</u>	<u>79889</u>	<u>115,4</u>
District Bamako	46912	83,2	58469	98,6	30660	49,1	58729	89,4	79889	115,4

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre	%								
Tx d'utilisation des services de PF	59298	2,46	81628	3,30	75391	2,98	70722	2,71	63381	2,36
<u>Zone 1</u>	<u>41567</u>	<u>2,60</u>	<u>55534</u>	<u>3,40</u>	<u>53713</u>	<u>3,21</u>	<u>51506</u>	<u>3,01</u>	<u>43871</u>	<u>2,50</u>
Koulikoro	9513	2,46	10888	2,74	11971	2,94	13594	3,25	9685	2,26
Mopti	9809	2,76	16247	4,50	10955	3,00	10600	2,86	5838	1,55
Sikasso	14578	3,29	18301	4,01	18855	4,02	17154	3,56	17274	3,49
Ségou	7667	1,86	10098	2,40	11932	2,78	10158	2,32	11074	2,43
<u>Zone 2</u>	<u>5794</u>	<u>1,05</u>	<u>11565</u>	<u>2,06</u>	<u>9394</u>	<u>1,64</u>	<u>6948</u>	<u>1,16</u>	<u>7454</u>	<u>1,22</u>
Kayes	4350	1,29	9865	2,86	7649	2,17	5276	1,46	5616	1,52
Tombouctou	818	0,75	903	0,82	1158	1,05	991	0,79	1355	1,06
Gao	330	0,34	422	0,43	324	0,33	429	0,43	334	0,33
Kidal	296	2,83	375	3,51	263	2,41	252	2,25	149	1,30
<u>Zone 3</u>	<u>11937</u>	<u>4,57</u>	<u>14529</u>	<u>5,31</u>	<u>12284</u>	<u>4,29</u>	<u>12268</u>	<u>4,08</u>	<u>12056</u>	<u>3,82</u>
District Bamako	11937	4,57	14529	5,31	12284	4,29	12268	4,08	12056	3,82
Coût moyen de l'ordonnance (CSCoM)										
<u>Zone 1</u>										
Koulikoro										
Mopti										
Sikasso										
Ségou										
<u>Zone 2</u>										
Kayes										
Tombouctou										
Gao										
Kidal										
<u>Zone 3</u>										
District Bamako										
Coût moyen de l'ordonnance (CS Ref)										
<u>Zone 1</u>										
Koulikoro										
Mopti										
Sikasso										
Ségou										
<u>Zone 2</u>										
Kayes										
Tombouctou										
Gao										
Kidal										
<u>Zone 3</u>										
District Bamako										

Suite du tableau (2005 – 2009)

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Tx d'utilisation des services de PF	86802	3,16	105784	3,76	120910	4,17	120154	4,05	138557	4,55
<u>Zone 1</u>	<u>59517</u>	<u>3,32</u>	<u>75627</u>	<u>4,13</u>	<u>76624</u>	<u>4,09</u>	<u>83427</u>	<u>4,35</u>	<u>92349</u>	<u>4,71</u>
Koulikoro	13154	2,99	23324	5,17	20589	4,45	22114	4,66	23706	4,87
Mopti	7419	1,95	8880	2,30	6692	1,71	8032	2,02	9261	2,30
Sikasso	18524	3,64	23342	4,46	25221	4,69	29004	5,25	29201	5,14
Ségou	20420	4,41	20081	4,25	24122	5,00	24277	4,93	30181	6,00
<u>Zone 2</u>	<u>12658</u>	<u>2,03</u>	<u>16311</u>	<u>2,56</u>	<u>27977</u>	<u>4,24</u>	<u>19155</u>	<u>2,89</u>	<u>21830</u>	<u>3,22</u>
Kayes	10141	2,68	11855	3,06	21786	5,51	13491	3,33	14742	3,56
Tombouctou	1628	1,24	3150	2,35	4843	3,30	3576	2,56	4718	3,30
Gao	695	0,68	977	0,94	1162	1,11	1514	1,43	1869	1,74
Kidal	194	1,66	329	2,75	186	1,52	574	4,58	501	3,91
<u>Zone 3</u>	<u>14627</u>	<u>4,41</u>	<u>13846</u>	<u>3,97</u>	<u>16309</u>	<u>4,45</u>	<u>17572</u>	<u>4,55</u>	<u>24378</u>	<u>5,99</u>
District Bamako	14627	4,41	13846	3,97	16309	4,45	17572	4,55	24378	5,99

Coût moyen de l'ordonnance (CSCom)	1511	946	1107	910	1235
<u>Zone 1</u>					
Koulikoro		1530	1130	1302	1362
Mopti		1108	1200	868	1101
Sikasso		1165	1303	1258	1760
Ségou		1077	1430	1112	1107
<u>Zone 2</u>					
Kayes		1277	1511	1231	1333
Tombouctou		655	1100	590	965
Gao		471	1255	540	885
Kidal		106	106	339	1031
<u>Zone 3</u>					
District Bamako		1128	1128	946	1572
Coût moyen de l'ordonnance (CS Ref)	1369	1058	1282	1252	1503
<u>Zone 1</u>					
Koulikoro		1763	1597	1878	1693
Mopti		1329	1390	1492	1712
Sikasso		1342	1331	1452	1714
Ségou		1395	1245	1475	1569
<u>Zone 2</u>					
Kayes		1059	1783	1390	1467
Tombouctou		704	1230	693	1102
Gao		535	1618	877	1055
Kidal		139	139	739	1374
<u>Zone 3</u>					
District Bamako		1254	1254		1840

Sources: 2001-07: SLIS 2008-09: SNIS

ANNEXE 6: RÉSUMÉ DES INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL DU CADRE COMMUN AU NIVEAU NATIONAL ENTRE 2005 ET 2009

N°	Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	Sources
VOLET I : Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion							
1	% de satisfaction en besoin d'appareillage	25,4	46,2	37,0	62,2	63,3	SISo
2	% de prise en charge médicale des personnes démunies	19,4	34,9	48,1	53,0	62,7	SISo
3	% de suivi socio médical des personnes âgées	31,9	19,6	21,6	32,8	37,2	SISo
4	% d'enfants en situation difficile scolarisés	50,0	10,5	3,7	24,8	41,5	SISo
5	% de satisfaction de demandes de secours			65,0	74,30	82,7	SISo
6	Nbre d'enfants de pieds bots traités					106	CNAOM
VOLET 2 : Lutte contre la pauvreté							
7	Nbre de sociétés coopératives fonctionnelles;			2 597	2 763	4 041	
	Nbre de sociétés coopératives créées	7 234	11 639	12 047	14 927	16 166	
8	Nbre d'AGR financées à l'endroit des femmes seules chargées de famille	161	607	510	480	532	
9	Nbre d'associations appuyées	182	353	853	835	1 235	
10	% d'ASACO fonctionnelles	83,2	74,1	77,3	79,9	92,5	
VOLET 3 : Renforcement de la protection sociale							
11	% de la population couverte par les mutuelles de santé	1,6	1,4	1,7	1,9	2,2	
12	% de la population couverte par les mutuelles toutes prestations	1,4	2,1	2,4	2,6	2,8	
13	Nbre de mutuelles agréées (cumulatif)	60	77	98	121	125	
VOLET 4 : Renforcement institutionnel							
14	Taux d'exécution du budget récurrent du secteur du Développement social (%)			99,8	99,9	97,0	DAF/MDS
	Taux de mobilisation (Montant reçu/Budget prévu) (%)		68,0			137,8	
	Taux d'exécution (Dépenses réalisées/Montant reçu) (%)		85,7			99,7	
	Taux de justification (Dépenses justifiées/Montant reçu) (%)		83,4			99,6	
15	% ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1 (83,6	70,5	82,7	DAF/MDS

ANNEXE 7: RÉSUMÉ DÉTAILLÉ DES INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL DU CADRE COMMUN AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL ENTRE 2005 ET 2009

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%
Satisfaction en Besoin d'Appareillage	Tab. 4; Indicateurs			Tab. 4; Indicateurs, Tab. 5			Tab. 8; Indicateurs, Tab. 5			Tab. 8; Indicateurs, Tab. 7			Tab. 8; Indicateurs, Tab. 2		
Total	14164	3592	25,4	15355	7095	46,2	27311	10108	37,0	2402	1493	62,2	2483	1572	63,3
<u>Zone 1</u>	<u>12848</u>	<u>3131</u>	<u>24,4</u>	<u>8195</u>	<u>5372</u>	<u>65,6</u>	<u>23246</u>	<u>7991</u>	<u>34,4</u>	<u>1131</u>	<u>499</u>	<u>44,1</u>	<u>1780</u>	<u>716</u>	<u>40,2</u>
Koulikoro	1125	486	43,2	1740	950	54,6	1740	886	50,9	126	88	69,8	211	86	40,8
Mopti	1002	343	34,2	627	525	83,7	15215	1116	7,3	63	49	77,8	76	99	130,3
Sikasso	6057	1738	28,7	3011	3015	100,1	2030	625	30,8	213	16	7,5	713	338	47,4
Ségou	4664	564	12,1	2817	882	31,3	4261	5364	125,9	729	346	47,5	780	193	24,7
<u>Zone 2</u>	<u>1026</u>	<u>398</u>	<u>38,8</u>	<u>6195</u>	<u>784</u>	<u>12,7</u>	<u>3161</u>	<u>1554</u>	<u>49,2</u>	<u>981</u>	<u>419</u>	<u>42,7</u>	<u>574</u>	<u>785</u>	<u>136,8</u>
Kayes	596	188	31,5	3772	349	9,3	2404	831	34,6	771	291	37,7	240	395	164,6
Tombouctou	168	101	60,1	1023	238	23,3	517	597	115,5	49	53	108,2	212	267	125,9
Gao	227	81	35,7	1309	140	10,7	125	60	48,0	125	60	48,0	76	78	102,6
Kidal	35	28	80,0	91	57	62,6	115	66	57,4	36	15	41,7	46	45	97,8
<u>Zone 3</u>	<u>290</u>	<u>63</u>	<u>21,7</u>	<u>965</u>	<u>939</u>	<u>97,3</u>	<u>904</u>	<u>563</u>	<u>62,3</u>	<u>290</u>	<u>575</u>	<u>198,3</u>	<u>129</u>	<u>71</u>	<u>55,0</u>
District Bamako	290	63	21,7	965	939	97,3	904	563	62,3	290	575	198,3	129	71	55,0
Prise en charge médicale des personnes démunies	Indicateurs			Indicateurs, Tab. 7			Tab. 14; Indicateurs, Tab. 6			Tab. 14; Indicateurs, Tab. 5			Tab. 14; Indicateurs, Tab. 1		
Total	65770	12789	19,4	52640	18393	34,9	22176	10670	48,1	16911	8963	53,0	4948	3103	62,7
<u>Zone 1</u>	<u>55425</u>	<u>11006</u>	<u>19,9</u>	<u>43306</u>	<u>16368</u>	<u>37,8</u>	<u>17742</u>	<u>9787</u>	<u>55,2</u>	<u>8185</u>	<u>1896</u>	<u>23,2</u>	<u>2537</u>	<u>2319</u>	<u>91,4</u>
Koulikoro	1911	783	41,0	701	773	110,3	2803	1503	53,6	568	189	33,0	476	227	33,0
Mopti	19003	1242	6,5	18000	898	5,0	3030	2827	93,3	739	307	42,0	910	1179	42,0
Sikasso	14554	3873	26,6	9343	5460	58,4	9077	2248	24,8	5716	782	14,0	322	213	14,0
Ségou	19957	5108	25,6	15262	9237	60,5	2832	3209	113,3	1162	618	53,0	829	700	53,0
<u>Zone 2</u>	<u>8640</u>	<u>1709</u>	<u>19,8</u>	<u>7926</u>	<u>1935</u>	<u>24,4</u>	<u>3733</u>	<u>627</u>	<u>16,8</u>	<u>4691</u>	<u>1159</u>	<u>24,7</u>	<u>2229</u>	<u>634</u>	<u>28,4</u>
Kayes	4855	523	10,8	4581	469	10,2	833	165	19,8	238	172	72,0	581	141	72,0
Tombouctou	1364	287	21,0	1190	180	15,1	1616	197	12,2	3438	330	10,0	835	150	10,0
Gao	1216	462	38,0	985	677	68,7	1182	237	20,1	682	467	68,0	343	225	68,0
Kidal	1205	437	36,3	1170	609	52,1	102	28	27,5	333	190	57,0	470	118	57,0
<u>Zone 3</u>	<u>1705</u>	<u>74</u>	<u>4,3</u>	<u>1408</u>	<u>90</u>	<u>6,4</u>	<u>701</u>	<u>256</u>	<u>36,5</u>	<u>4035</u>	<u>5908</u>	<u>146,4</u>	<u>182</u>	<u>150</u>	<u>82,4</u>
District Bamako	1705	74	4,3	1408	90	6,4	701	256	36,5	4035	5908	146,4	182	150	82,4

Pourcentage de suivi socio médical des personnes âgées	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%
	Tab. 6; Indicateurs*			Tab. 6; Indicateurs, Tab. 10*			Tab. 10			Tab. 10			Tab. 10*; Indicateurs Tab. 3		
Total	51514	16427	31,9	43608	8541	19,6	64209	13883	21,6	34630	11349	32,8	41685	15518	37,2
<u>Zone 1</u>	<u>42506</u>	<u>14621</u>	<u>34,4</u>	<u>37067</u>	<u>6657</u>	<u>18,0</u>	<u>40749</u>	<u>9046</u>	<u>22,2</u>	<u>27244</u>	<u>6795</u>	<u>24,9</u>	<u>38862</u>	<u>13618</u>	<u>35,0</u>
Koulikoro	780	691	88,6	4776	1737	36,4	4776	1737	36,4	2508	742	29,6	5438	3421	62,9
Mopti	18000	898	5,0	25276	1078	4,3	19751	2270	11,5	20360	2341	11,5	20871	2795	13,4
Sikasso	8464	4518	53,4	5852	1925	32,9	6020	1461	24,3	2586	3000	116,0	4592	5184	112,9
Ségou	15262	8514	55,8	1163	1917	164,8	10202	3578	35,1	1790	712	39,8	7961	2218	27,9
<u>Zone 2</u>	<u>7600</u>	<u>1797</u>	<u>23,6</u>	<u>5605</u>	<u>1588</u>	<u>28,3</u>	<u>22397</u>	<u>3939</u>	<u>17,6</u>	<u>3291</u>	<u>3522</u>	<u>107,0</u>	<u>1998</u>	<u>1419</u>	<u>71,0</u>
Kayes	4255	331	7,8	3483	443	12,7	19844	820	4,1	522	497	95,2	811	401	49,4
Tombouctou	1190	180	15,1	699	524	75,0	379	265	69,9	707	89	12,6	701	252	35,9
Gao	985	677	68,7	647	534	82,5	1682	2292	136,3	1682	2292	136,3	154	209	135,7
Kidal	1170	609	52,1	776	87	11,2	492	562	114,2	380	644	169,5	332	557	167,8
<u>Zone 3</u>	<u>1408</u>	<u>9</u>	<u>0,6</u>	<u>936</u>	<u>296</u>	<u>31,6</u>	<u>1063</u>	<u>898</u>	<u>84,5</u>	<u>4095</u>	<u>1032</u>	<u>25,2</u>	<u>825</u>	<u>481</u>	<u>58,3</u>
District Bamako	1408	9	0,6	936	296	31,6	1063	898	84,5	4095	1032	25,2	825	481	58,3
Pourcentage d'enfants en situation difficile scolarisés	Tab. 11 et 12; Indicateurs*			Indicateurs, Tab. 13			Tab. 16 et 17			Tab. 16 et 17			Tab. 16 et 17		
Total	23496	11738	50,0	22707	2393	10,5	51131	1916	3,7	26509	6573	24,8	35848	14868	41,5
<u>Zone 1</u>	<u>20572</u>	<u>10011</u>	<u>48,7</u>	<u>19302</u>	<u>1393</u>	<u>7,2</u>	<u>43907</u>	<u>1559</u>	<u>3,6</u>	<u>24830</u>	<u>4834</u>	<u>19,5</u>	<u>31479</u>	<u>11568</u>	<u>36,7</u>
Koulikoro	1761	1288	73,1	990	533	53,8	1405	64	4,6	1598	64	4,0	1258	1466	116,5
Mopti	4733	1069	22,6	7848	150	1,9	23069	1092	4,7	21400	3588	16,8	19732	3866	19,6
Sikasso	9510	6847	72,0	2667	452	16,9	11983	177	1,5	1272	609	47,9	1584	741	46,8
Ségou	4568	807	17,7	7797	258	3,3	7450	226	3,0	560	573	102,3	8905	5495	61,7
<u>Zone 2</u>	<u>2110</u>	<u>1114</u>	<u>52,8</u>	<u>3092</u>	<u>789</u>	<u>25,5</u>	<u>6204</u>	<u>261</u>	<u>4,2</u>	<u>424</u>	<u>1687</u>	<u>397,9</u>	<u>3786</u>	<u>1579</u>	<u>41,7</u>
Kayes	836	453	54,2	1566	571	36,5	4433	179	4,0	122	1459	1195,9	1597	953	59,7
Tombouctou	382	15	3,9	930	130	14,0	1489	59	4,0	30	65	216,7	1745	391	22,4
Gao	728	545	74,9	384	11	2,9	144	18	12,5	144	104	72,2	286	100	35,0
Kidal	164	101	61,6	212	77	36,3	138	5	3,6	128	59	46,1	158	135	85,4
<u>Zone 3</u>	<u>814</u>	<u>613</u>	<u>75,3</u>	<u>313</u>	<u>211</u>	<u>67,4</u>	<u>1020</u>	<u>96</u>	<u>9,4</u>	<u>1255</u>	<u>52</u>	<u>4,1</u>	<u>583</u>	<u>1721</u>	<u>295,2</u>
District Bamako	814	613	75,3	313	211	67,4	1020	96	9,4	1255	52	4,1	583	1721	295,2

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%
Nombre d'enfants en situation difficile et % réinséré	Tab 11 et 13; Indicateurs			Indicateurs, Tab. 8			Tab. 16 et 18			Tab. 16 et 18			Tab. 16 et 18		
Total	48924	17477	35,7	32678	3734	11,4%	51131	15262	29,8%	5149	2527	49,1%	35848	7956	22,2%
<u>Zone 1</u>	<u>42201</u>	<u>14786</u>	<u>35,0</u>	<u>27586</u>	<u>2205</u>	<u>8,0%</u>	<u>43907</u>	<u>12378</u>	<u>28,2%</u>	<u>3470</u>	<u>1435</u>	<u>41,4%</u>	<u>31479</u>	<u>6226</u>	<u>19,8%</u>
Koulikoro	5740	2870	50,0	1425	761	53,4%	1405	761	54,2%	1598	191	12,0%	1258	909	72,3%
Mopti	9325	1426	15,3	12184	455	3,7%	23069	2487	10,8%	40	222	555,0%	19732	377	1,9%
Sikasso	16637	8862	53,3	4400	691	15,7%	11983	7406	61,8%	1272	525	41,3%	1584	755	47,7%
Ségou	10499	1628	15,5	9577	298	3,1%	7450	1724	23,1%	560	497	88,8%	8905	4185	47,0%
<u>Zone 2</u>	<u>5200</u>	<u>1762</u>	<u>33,9</u>	<u>4515</u>	<u>1100</u>	<u>24,4%</u>	<u>6204</u>	<u>2468</u>	<u>39,8%</u>	<u>424</u>	<u>442</u>	<u>104,2%</u>	<u>3786</u>	<u>1506</u>	<u>39,8%</u>
Kayes	1258	609	48,4	2079	852	41,0%	4433	2141	48,3%	122	392	321,3%	1597	758	47,5%
Tombouctou	1410	10	0,7	1489	137	9,2%	1489	45	3,0%	30	17	56,7%	1745	407	23,3%
Gao	2205	1024	46,4	567	34	6,0%	144	104	72,2%	144	nd		286	150	52,4%
Kidal	327	119	36,4	380	77	20,3%	138	178	129,0%	128	33	25,8%	158	191	120,9%
<u>Zone 3</u>	<u>1523</u>	<u>929</u>	<u>61,0</u>	<u>577</u>	<u>429</u>	<u>74,4%</u>	<u>1020</u>	<u>416</u>	<u>40,8%</u>	<u>1255</u>	<u>650</u>	<u>51,8%</u>	<u>583</u>	<u>224</u>	<u>38,4%</u>
District Bamako	1523	929	61,0	577	429	74,4%	1020	416	40,8%	1255	650	51,8%	583	224	38,4%
Nombre de sociétés coopératives créées	Tab. 15			Tab. 15			Tab. 20			Tab. 20			Tab. 20		
	Nombre			Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Total	9516			11639			12047			14927			16166		
<u>Zone 1</u>	<u>7234</u>			<u>9915</u>			<u>9549</u>			<u>12140</u>			<u>13059</u>		
Koulikoro	2076			3000 *			1784			3504			3686		
Mopti	566			1029			1240			1454			1623		
Sikasso	3726			4620			5073			5554			5954		
Ségou	866			1266			1452			1628			1796		
<u>Zone 2</u>	<u>1682</u>			<u>1392</u>			<u>2057</u>			<u>2307</u>			<u>2533</u>		
Kayes	949			609*			1112*			1296*			1437		
Tombouctou	342			336			417			434			488		
Gao	307			365			440			471			502		
Kidal	84			82			88			106			106		
<u>Zone 3</u>	<u>600</u>			<u>332</u>			<u>441</u>			<u>480</u>			<u>574</u>		
District Bamako	600			332			441			480			574		

* Les chiffres dans les cellules grisées n'ont pas pu être vérifiés.

Nombre d'adhérents aux sociétés coopératives	2005			2006			2007			2008			2009		
	Tab. 15			Tab. 15			Tab. 20			Tab. 20			Tab. 20		
	Nombre			Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Total	438105			542876			579357			693380			741461		
<u>Zone 1</u>	381916			457938			478741			549888			585251		
Koulikoro	77400			54798*			38311			74799			82821		
Mopti	34005			63749			75578			88001			95052		
Sikasso	240908			285402			304577			320511			334075		
Ségou	29603			53989			60275			66577			73303		
<u>Zone 2</u>	34002			68411			80491			122074			130984		
Kayes	7351			20293			23989			31308			36573		
Tombouctou	7034			24788			30191			62236			64907		
Gao	18462			22229			25090			27102			28076		
Kidal	1155			1101			1221			1428			1428		
<u>Zone 3</u>	22187			16527			20125			21418			25226		
District Bamako	22187			16527			20125			21418			25226		
Nombre d'AGR financées à l'endroit des femmes seules chargées de famille	Tab. 8			Tab. 8			Tab. 12			Tab. 12			Tab. 12		
	Besoin total	Nombre couvert	%												
Total	11523	161	1,4	10810	607	5,6	7908	510	6,4	4411	480	10,9	8731	532	6,1
<u>Zone 1</u>	8737	82	0,9	6820	454	6,7	4586	400	8,7	2367	355	15,0	2555	220	8,6
Koulikoro	696	15	2,2	987	24	2,4	987	24	2,4	567	14	2,5	483	25	5,2
Mopti	1087	42	3,9	699	77	11,0	998	8	0,8	235	8	3,4	278	43	15,5
Sikasso	4873	18	0,4	2391	174	7,3	1004	111	11,1	1044	115	11,0	561	138	24,6
Ségou	2081	7	0,3	2743	179	6,5	1597	257	16,1	521	218	41,8	1233	14	1,1
<u>Zone 2</u>	2089	73	3,5	3634	81	2,2	2346	105	4,5	679	111	16,3	5498	186	3,4
Kayes	1024	1	0,1	1990	14	0,7	1447	63	4,4	321	74	23,1	4509	62	1,4
Tombouctou	198	42	21,2	916	11	1,2	333	8	2,4	14	0	0,0	353	2	0,6
Gao	497	30	6,0	265	56	21,1	110	4	3,6	110	4	3,6	425	17	4,0
Kidal	370	0	0,0	463	0	0,0	456	30	6,6	234	33	14,1	211	105	49,8
<u>Zone 3</u>	697	6	0,9	356	72	20,2	976	5	0,5	1365	14	1,0	678	126	18,6
District Bamako	697	6	0,9	356	72	20,2	976	5	0,5	1365	14	1,0	678	126	18,6

* Les chiffres dans les cellules grisées n'ont pas pu être vérifiés.

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%
Nombre d'associations appuyées	Tab. 15			Tab. 15			Tab. 20			Tab. 20			Tab. 20		
Total	5999	182	3,0	3777	353	9,3	3835	853	22,2	3781	835	22,1	3374	1235	36,6
<u>Zone 1</u>	<u>3875</u>	<u>94</u>	<u>2,4</u>	<u>2211</u>	<u>183</u>	<u>8,3</u>	<u>2511</u>	<u>775</u>	<u>30,9</u>	<u>2511</u>	<u>775</u>	<u>30,9</u>	<u>2187</u>	<u>1122</u>	<u>51,3</u>
Koulikoro	306	15	4,9	299	0	0,0	299	0	0,0	299	0	0,0	136	98	72,1
Mopti	2362	17	0,7	432	24	5,6	503	744	147,9	503	744	147,9	650	944	145,2
Sikasso	604	37	6,1	293	29	9,9	562	7	1,2	562	7	1,2	637	7	1,1
Ségou	603	25	4,1	1187	130	11,0	1147	24	2,1	1147	24	2,1	764	73	9,6
<u>Zone 2</u>	<u>1951</u>	<u>83</u>	<u>4,3</u>	<u>883</u>	<u>163</u>	<u>18,5</u>	<u>1255</u>	<u>78</u>	<u>6,2</u>	<u>1201</u>	<u>60</u>	<u>5,0</u>	<u>1062</u>	<u>77</u>	<u>7,3</u>
Kayes	251	44	17,5	431	46	10,7	701	12	1,7	701	12	1,7	522	12	2,3
Tombouctou	757	0	0,0	420	110	26,2	460	28	6,1	460	28	6,1	460	2	0,4
Gao	792	39	4,9	22	1	4,5	54	18	33,3	nd	nd		60	60	100,0
Kidal	151	0	0,0	10	6	60,0	40	20	50,0	40	20	50,0	20	3	15,0
<u>Zone 3</u>	<u>173</u>	<u>5</u>	<u>2,9</u>	<u>683</u>	<u>7</u>	<u>1,0</u>	<u>69</u>	<u>0</u>	<u>0,0</u>	<u>69</u>	<u>0</u>	<u>0,0</u>	<u>125</u>	<u>36</u>	<u>28,8</u>
District Bamako	173	5	2,9	683	7	1,0	69	0	0,0	69	0	0,0	125	36	28,8
Nbre et % d'ASACO fonctionnelles	Indicateurs			Indicateurs, Tab, 1			Indicateurs, Tab, 1			Indicateurs, Tab, 1			Indicateurs, Tab, 9		
Total	849	706	83,2	926	686	74,1	981	758	77,3	974	778	79,9	1093	1011	92,5
<u>Zone 1</u>	<u>546</u>	<u>471</u>	<u>86,3</u>	<u>603</u>	<u>455</u>	<u>75,5</u>	<u>624</u>	<u>526</u>	<u>84,3</u>	<u>624</u>	<u>533</u>	<u>85,4</u>	<u>696</u>	<u>673</u>	<u>96,7</u>
Koulikoro	110	98	89,1	150	101	67,3	152	126	82,9	152	124	81,6	184	172	93,5
Mopti	128	89	69,5	128	79	61,7	139	94	67,6	139	97	69,8	140	137	97,9
Sikasso	167	160	95,8	177	145	81,9	184	160	87,0	184	170	92,4	204	199	97,5
Ségou	141	124	87,9	148	130	87,8	149	146	98,0	149	142	95,3	168	165	98,2
<u>Zone 2</u>	<u>244</u>	<u>179</u>	<u>73,4</u>	<u>267</u>	<u>186</u>	<u>69,7</u>	<u>298</u>	<u>175</u>	<u>58,7</u>	<u>298</u>	<u>203</u>	<u>68,1</u>	<u>335</u>	<u>286</u>	<u>85,4</u>
Kayes	140	96	68,6	146	95	65,1	154	73	47,4	154	83	53,9	172	140	81,4
Tombouctou	43	40	93,0	62	47	75,8	66	48	72,7	66	55	83,3	75	73	97,3
Gao	44	37	84,1	46	40	87,0	63	44	69,8	63	56	88,9	73	64	87,7
Kidal	17	6	35,3	13	4	30,8	15	10	66,7	15	9	60,0	15	9	60,0
<u>Zone 3</u>	<u>59</u>	<u>56</u>	<u>94,9</u>	<u>56</u>	<u>45</u>	<u>80,4</u>	<u>59</u>	<u>57</u>	<u>96,6</u>	<u>52</u>	<u>42</u>	<u>80,8</u>	<u>62</u>	<u>52</u>	<u>83,9</u>
District Bamako	59	56	94,9	56	45	80,4	59	57	96,6	52	42	80,8	62	52	83,9

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%	Besoin total	Nombre couvert	%
Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé	Indicateurs			Indicateurs, Tab. 4			Indicateurs, Tab. 4			Indicateurs, Tab. 4			Indicateurs, Tab. 8		
Total	188643	1.2E+07	1,6	166021	11987735	1,4	215156	12299691	1,7	244029	12623040	1,9	285835	12958391	2,2
<u>Zone 1</u>	<u>50569</u>	<u>7628794</u>	<u>0,7</u>	<u>21573</u>	<u>7798119</u>	<u>0,3</u>	<u>53415</u>	<u>7975287</u>	<u>0,7</u>	<u>60953</u>	<u>8157123</u>	<u>0,7</u>	<u>71843</u>	<u>8343761</u>	<u>0,9</u>
Koulikoro	1827	1871336	0,1	1943	1919350	0,1	2242	1968798	0,1	7397	2019725	0,4	8994	2072185	0,4
Mopti	2825	1620131	0,2	2832	1642480	0,2	3764	1665269	0,2	5652	1688509	0,3	8505	1712205	0,5
Sikasso	36716	2166022	1,7	8996	2226333	0,4	34026	2288330	1,5	28117	2352059	1,2	30414	2417566	1,3
Ségou	9201	1971305	0,5	7802	2009956	0,4	13383	2052890	0,7	19787	2096830	0,9	23930	2141805	1,1
<u>Zone 2</u>	<u>3630</u>	<u>2651158</u>	<u>0,1</u>	<u>5099</u>	<u>2707360</u>	<u>0,2</u>	<u>10576</u>	<u>2764814</u>	<u>0,4</u>	<u>18467</u>	<u>2823552</u>	<u>0,7</u>	<u>43104</u>	<u>2883606</u>	<u>1,5</u>
Kayes	1994	1609774	0,1	3444	1646999	0,2	4503	1685094	0,3	9041	1724082	0,5	32019	1763987	1,8
Tombouctou	1636	557200	0,3	1655	569458	0,3	3456	581986	0,6	1575	594790	0,3	2720	607875	0,4
Gao	0	434372	0,0	0	439945	0,0	2617	445605	0,6	7851	451351	1,7	8365	457188	1,8
Kidal	0	49812	0,0	0	50958	0,0	0	52129	0,0	0	53329	0,0	0	54556	0,0
<u>Zone 3</u>	<u>134444</u>	<u>1409962</u>	<u>9,5</u>	<u>139349</u>	<u>1482256</u>	<u>9,4</u>	<u>151165</u>	<u>1559590</u>	<u>9,7</u>	<u>164609</u>	<u>1642365</u>	<u>10,0</u>	<u>170888</u>	<u>1731024</u>	<u>9,9</u>
District Bamako	134444	1409962	9,5	139349	1482256	9,4	151165	1559590	9,7	164609	1642365	10,0	170888	1731024	9,9
Nombre total de mutuelles	Tab. 14			Tab. 14			Tab. 19			Tab. 19			Nombre		
	Nombre			Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Total	60			77			98			121			125		
<u>Zone 1</u>	<u>27</u>			<u>38</u>			<u>51</u>			<u>60</u>			<u>64</u>		
Koulikoro	3			3			3			5			6		
Mopti	4			5			6			8			9		
Sikasso	10			19			25			27			27		
Ségou	10			11			17			20			22		
<u>Zone 2</u>	<u>3</u>			<u>5</u>			<u>10</u>			<u>20</u>			<u>20</u>		
Kayes	3			4			4			10			11		
Tombouctou	0			0			2			2			3		
Gao	0			1			4			8			8		
Kidal	0			0			0			0			0		
<u>Zone 3</u>	<u>30</u>			<u>34</u>			<u>37</u>			<u>41</u>			<u>41</u>		
District Bamako	30			34			37			41			42		

* Les chiffres dans les cellules grisées n'ont pas pu être vérifiés.

	2005			2006			2007			2008			2009		
	Besoin total			Besoin total			Besoin total			Besoin total			Besoin total		
Nombre d'adhérents aux mutuelles	Tab. 14			Tab. 14			Tab. 19			Tab. 19					
Total	52848			62591			74844			93139			106866		
<u>Zone 1</u>	4458			6478			9095			22817			27740		
Koulikoro	418			1066			2242			6271			6497		
Mopti	957			846			891			1843			3044		
Sikasso	2424			2078			1398			7365			10093		
Ségou	659			2488			4564			7338			8106		
<u>Zone 2</u>	206			2523			2299			6921			12920		
Kayes	206			868			1317			3114			6811		
Tombouctou	0			0			306			640			2720		
Gao	0			1655			676			3167			3389		
Kidal	0			0			0			0			0		
<u>Zone 3</u>	48184			53590			63450			63401			66206		
District Bamako	48184			53590			63450			63401			66206		
Nombre de bénéficiaires des mutuelles dont santé	Tab. 14			Tab. 14			Tab. 19			Tab. 19			Tab. 19		
	Besoin total	Nombre couvert	%												
Total	158376	142635	90,1	253583	166021	65,5	309895	215156	69,4	333079	244028	73,3	375496	285835	76,1
<u>Zone 1</u>	24598	24181	98,3	21573	21573	100,0	53415	53415	100,0	62232	60953	97,9	72448	71843	99,2
Koulikoro	417	0	0,0	1943	1943	100,0	2242	2242	100,0	8071	7397	91,6	8994	8994	100,0
Mopti	2238	2238	100,0	2832	2832	100,0	3764	3764	100,0	6257	5652	90,3	9110	8505	93,4
Sikasso	14826	14826	100,0	8996	8996	100,0	34026	34026	100,0	28117	28117	100,0	30414	30414	100,0
Ségou	7117	7117	100,0	7802	7802	100,0	13383	13383	100,0	19787	19787	100,0	23930	23930	100,0
<u>Zone 2</u>	1994	1994	100,0	5099	5099	100,0	10576	10576	100,0	18466	18466	100,0	43104	43104	100,0
Kayes	1994	1994	100,0	3444	3444	100,0	4503	4503	100,0	9040	9040	100,0	32019	32019	100,0
Tombouctou	0	0		0	0		3456	3456	100,0	1575	1575	100,0	2720	2720	100,0
Gao	0	0		1655	1655	100,0	2617	2617	100,0	7851	7851	100,0	8365	8365	100,0
Kidal	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
<u>Zone 3</u>	131784	116460	88,4	226911	139349	61,4	245904	151165	61,5	252381	164609	65,2	259944	170888	65,7
District Bamako	131784	116460	88,4	226911	139349	61,4	245904	151165	61,5	252381	164609	65,2	259944	170888	65,7

	2005	2006	2007	2008	2009
	Besoin total				
Assurances					
AMO / Adhérents			0	0	0
<u>Zone 1</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Koulikoro			0	0	0
Mopti			0	0	0
Sikasso			0	0	0
Ségou			0	0	0
<u>Zone 2</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Kayes			0	0	0
Tombouctou			0	0	0
Gao			0	0	0
Kidal			0	0	0
<u>Zone 3</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
District Bamako			0	0	0
FAM / Adhérents			88	88	0
<u>Zone 1</u>			<u>88</u>	<u>88</u>	<u>0</u>
Koulikoro			0	0	0
Mopti			0	0	0
Sikasso			0	0	0
Ségou			88	88	0
<u>Zone 2</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Kayes			0	0	0
Tombouctou			0	0	0
Gao			0	0	0
Kidal			0	0	0
<u>Zone 3</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
District Bamako			0	0	0

	2005	2006	2007	2008	2009
	Besoin total				
Assurance volontaire / Adhérents			5768	5744	0
<u>Zone 1</u>			<u>5744</u>	<u>5744</u>	<u>0</u>
Koulikoro			38	38	0
Mopti			313	313	0
Sikasso			0	0	0
Ségou			5393	5393	0
<u>Zone 2</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Kayes			0	0	0
Tombouctou			0	0	0
Gao			0	0	0
Kidal			0	0	0
<u>Zone 3</u>			<u>24</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
District Bamako			24	0	0
Sécurité Sociale					
INPS / Affiliés			16149	16153	30354
<u>Zone 1</u>			<u>7919</u>	<u>7919</u>	<u>24182</u>
Koulikoro			726	726	195
Mopti			2562	2562	4028
Sikasso			1636	1636	12510
Ségou			2995	2995	7449
<u>Zone 2</u>			<u>5040</u>	<u>5040</u>	<u>4424</u>
Kayes			1122	1122	0
Tombouctou			2571	2571	2571
Gao			1347	1347	1343
Kidal			0	0	510
<u>Zone 3</u>			<u>3190</u>	<u>3194</u>	<u>1748</u>
District Bamako			3190	3194	1748

	2005	2006	2007	2008	2009
	Besoin total				
CRM / Affiliés			23675	23675	9953
<u>Zone 1</u>			<u>2090</u>	<u>2090</u>	<u>7414</u>
Koulikoro			106	106	91
Mopti			1511	1511	3839
Sikasso			36	36	3367
Ségou			437	437	117
<u>Zone 2</u>			<u>3121</u>	<u>3121</u>	<u>2539</u>
Kayes			354	354	0
Tombouctou			1189	1189	1189
Gao			1297	1297	1140
Kidal			281	281	210
<u>Zone 3</u>			<u>18464</u>	<u>18464</u>	<u>0</u>
District Bamako			18464	18464	0

Sources:

2005: Comité de Suivi, Synthèse des bilans et rapports d'activités du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (Octobre 2006)

2006: Comité de Suivi, Synthèse des bilans et rapports d'activités du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (Octobre 2007)

2007: Comité de Suivi, Synthèse des bilans et rapports d'activités du MS et du MDSSPA (Décembre 2007)

ANNEXE 8 : RÉSUMÉ DES DONNÉES FINANCIÈRES DE LA COMPOSANTE SANTÉ DU PRODESS

DONNEES / DIR. DU BUDGET (en millions de FCFA)

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Dotation	Liquidation												
PIB		2 453 600		2 632 100		2 893 900		3 201 500		3 424 500		3 912 800		4 181 000
Budget général de l'Etat		610 680		787 199		657 991		850 361		782 197		935 759		852 510
								994 400		882 147		1 055 680		883 187
Montant du BGE Santé		34 533		50 396		41 785		54 971		48 424		69 056		65 067
		67 330		62 668		78 621		72 649		91 637		83 354		
Personnel		5 641		5 946		6 157		5 928		5 767		5 877		5 629
Fonctionnement		5 944		7 271		7 107		7 800		7 694		9 282		8 987
Transferts		5 964		7 082		6 712		9 287		9 151		12 576		12 138
Autres dépenses		789		870		843		769		763		1 024		1 010
Equipements et investissements		1 833		2 441		2 368		2 945		2 792		3 716		3 463
PPTE		2 205		3 367		3 262		3 795		3 763		2 818		2 685
BSI / Fin intérieur		1 482		2 779		2 644		2 896		2 868		3 373		3 350
BSI / Fin intérieur et PPTE		995		885		885		554		554				
BSI / Fin extérieur		9 680		19 755		11 807		20 997		15 072		25 232		22 922
ABS								5 158		4 883		14 521		11 250
								8 640		8 385		17 443		15 470
								8 224		8 065		10 496		9 184
Ratios														
% santé / PIB		1,41		1,59		1,67		2,03		1,83		1,86		1,99
% Santé / BGE		5,65		6,40		6,35		6,46		6,19		7,38		7,63
Montant santé par tête d'habitant		3 113				3 663		4 142		5 428		6,77		7,10
Taux d'exécution du BGE Santé (%)				82,91		88,09		94,22		93,08		7,45		8,23
ABS														
% ABS/Santé par rapport au PIB								0,2		0,2		0,2		0,2
% ABS/Santé par rapport au BGE/Sté								7,50		13,38		11,10		11,02

DONNEES / MS-DFM (PO) (en millions de FCFA)

Sources	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		
	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	
Montant mobilisé						72 156	103 622	85 496	101 299	101 109	98 903	93 346	122 167	78 960	
Etat						39 104	41 784	39 731	43 433	43 668	50 719	50 882	61 955	53 981	
ABS							5 158	5 158	4 255	4 255	5 137	7 516	8 941	9 260	
Recouvrements							5 366	10 031	11 180	13 490	12 246	15 739	14 254	6 591	7 362
Communautés							246	196	193	632	211	530	355	1 019	624
Collectivités							115	488	389	1 288	312	1 088	365	2 630	471
Partenaires							27 325	45 965	28 844	38 202	40 417	25 691	19 973	41 030	7 262
Montant dépensé						72 156	61 844	85 496	78 293	101 109	95 225	93 346	91 962	78 961	78 303
Etat						39 104	38 754	39 731	38 379	43 668	43 371	50 882	50 155	53 981	53 981
ABS								5 158	5 036	4 255	8 037	7 516	7 503	9 184	9 184
Recouvrements						5 366	4 757	11 180	11 106	12 246	11 965	14 254	14 070	7 439	7 216
Communautés						246	246	193	193	211	210	355	355	624	624
Collectivités						115	114	389	386	312	311	365	364	471	471
Partenaires						27 325	17 972	28 844	23 193	40 417	31 330	19 973	19 516	7 262	6 827

Bénéficiaire	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé
Montant dépensé					85 754	61 844	98 644	78 427	97 043	95 225	98 903	90 220	122 367	78 583
Structures centrales					53 134	33 082	52 447	46 712	51 469	59 118	61 518	54 757	69 523	34 465
EPH nationaux					9 640	9 670	12 440	10 778	11 708	13 127	12 492	13 233	12 855	12 476
Niveau régional					22 981	19 092	33 552	20 733	33 579	22 700	24 556	21 896	39 714	31 367
Zone 1														
Koulikoro					3 382	2 761	3 660	2 002	4 418	2 440	3 626	2 523	4 389	3 272
Sikasso					4 164	2 870	10 094	2 775	8 815	6 416	4 564	3 584	5 846	6 170
Ségou					2 563	3 460	3 757	2 866	3 627	3 152	3 354	3 176	5 490	4 516
Mopti					3 617	1 793	2 505	1 842	3 205	2 090	2 744	2 421	6 324	3 805
Zone 2														
Kayes					3 386	3 063	4 864	3 960	3 871	2 127	2 607	2 737	5 765	4 430
Tombouctou					1 449	1 139	2 020	1 473	2 607	1 682	2 224	1 754	4 529	2 543
Gao					1 385	1 385	2 730	2 475	2 303	1 846	1 476	1 866	3 147	2 308
Kidal					1 230	559	1 059	1 005	1 011	390	774	586	638	588
Zone 3														
District de Bamako					1 803	2 061	2 863	2 335	3 722	2 556	3 187	3 249	3 586	3 734
Société civile							204	204	288	280	337	334	275	275

Cont.

Volet	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé
Montant dépensé (en millions de FCFA)						58 759		78 382		95 225		91 962		78 303
Accessibilité géographique						11 997		9 472		14 031		6 326		10 802
Ressources humaines						3 877		4 416		5 247		3 822		7 381
Médicaments						6 833		11 132		12 040		12 085		9 765
Services de santé						3 351		5 568		9 982		6 044		6 272
Accessibilité financière						632		2 090		2 184		1 964		2 246
Hôpitaux						8 069		12 323		16 449		17 935		10 011
Renforcement institutionnel						24 001		33 383		35 291		43 786		31 825

Catégorie budgétaire	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé	Réçu	Dépendé
Montant dépensé (en millions de FCFA)						61 844		78 382		95 225		91 962		78 303
Génie civil						8 350		10 583		15 126		11 466		12 034
Equipement						8 129		10 303		2 300		11 681		8 042
Assistance technique						231		293		297		837		492
Formation et recherche						4 525		5 735		7 584		5 495		4 491
Consommables						11 144		14 125		28 540		22 696		10 592
Salaires et primes						8 838		11 202		12 440		14 695		17 849
Fonctionnement hors salaires						20 626		26 142		28 938		25 092		24 802

ANNEXE 9 : RÉSUMÉ DES DONNÉES FINANCIÈRES DE LA COMPOSANTE SOCIALE DU PRODESS

DONNEES / DIR. DU BUDGET (en millions de FCFA)

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation	Dotation	Liquidation
PIB	2 453 600		2 632 100		2 893 900		3 201 500		3 424 500		3 912 800		4 181 000	
Budget général de l'Etat	610 680		787 199	657 991	850 361	782 197	935 759	852 510	994 400	882 147	1 055 680	883 187	1 154 814	1 021 180
Budget général de l'Etat / Dév social	17 991		28 434	27 971	33 001	30 668	27 274	26 767	37 396	35 119	31 597	29 595	35 838	32 390
Personnel	845		916	861	933	906	1 076	1 052	1 262	1 239	1 357	1 355	1 853	1 836
Fonctionnement	1 087		1 257	1 244	1 411	1 385	1 625	1 499	1 608	1 597	1 604	1 601	1 718	1 282
Transferts	9 010		18 937	18 921	18 328	18 315	19 458	19 452	22 620	22 599	12 874	12 861	15 838	15 523
Autres dépenses	173		217	214	243	241	295	292	373	370	403	397	433	302
Equipements et investissements	60		60	60	95	95	314	313	347	346	554	548	588	476
PPTE	404		905	905	1 155	1 155	1 155	1 155	1 150	1 150	1 150	1 150	1 150	874
BSI / Fin intérieur	714		1 168	1 163	1 637	1 633	1 531	1 442	1 563	1 546	1 483	1 472	2 830	2 530
BSI / Fin intérieur et PPTE	215		100	100	930	926	250	250	410	410	350	350	300	225
BSI / Fin extérieur	5 483		4 873	4 503	8 269	6 011	1 570	1 311	6 225	4 078	10 048	8 108	9 506	7 734
ABS									1 838	1 783	1 774	1 753	1 621	1 607
Ratios	%		%		%		%		%		%		%	
% santé / PIB	0,7		1,1		1,1		0,8		1,0		0,8			
% Santé / BGE	2,95		3,61		4,25		3,88		3,92		2,91		3,14	
Montant santé par tête d'habitant	1 622		2 452		2 623		2 233		2 855		2 344			
ABS														
% ABS/Santé par rapport au PIB							0,0		0,05		0,04			
% ABS/Santé par rapport au BGE/Sté							0,00		5,08		5,92			

DONNEES / MS-DFM (PO) (en millions de FCFA)

Sources	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu	Prévu	Réçu
Montant mobilisé					80 610	69 577	33 975	31 103	81 201	86 464	44 925	63 941	63 153	87 044
Etat					36 298	18 249	27 106	26 163	47 981	45 341	20 639	18 463	22 821	37 355
ABS													1 621	1 400
Recouvrements					39 230	47 804	12	692	21 759	30 059	11 793	34 164	26 642	39 014
Communautés					2	98	1	8					60	28
Collectivités					38	23	38	18					220	19
Partenaires					5 042	3 402	6 818	4 221	10 940	10 672	12 122	10 970	11 789	9 228
Société civile									522	392	371	344		

Sources	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé
Montant dépensé					69 577	67 615	31 103	30 800	88 302	87 744	65 714	64 507	87 264	86 976
Etat					18 249	18 228	26 163	25 907	45 341	45 227	18 463	18 434	37 355	37 343
ABS									1 838	1 783	1 774	1 753	1 621	1 607
Recouvrements					47 804	46 278	692	692	30 059	30 053	34 164	34 066	39 014	38 871
Communautés					98	98	8	8					28	28
Collectivités					23	23	18	17					19	19
Partenaires					3 402	2 988	4 221	4 175	10 672	10 290	10 970	9 912	9 228	9 109
Société civile									392	392	344	342		

DONNEES / MS-DFM (PO) (en millions de FCFA)

Bénéficiaire	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé
Montant dépensé					69 577	67 615	31 103	30 800	88 302	87 744	65 714	64 507	87 264	86 976
Structures centrales					31 095	29 189	8 761	8 677	36 737	36 731	39 673	39 548	47 408	47 253
Projets et ABS									12 510	12 072	12 743	11 665	11 441	11 313
Niveau régional					38 481	38 426	22 342	22 123	39 055	38 941	13 298	13 295	28 415	28 409
<u>Zone 1</u>									<u>8 006</u>	<u>7 937</u>	<u>6 023</u>	<u>6 020</u>	<u>12 793</u>	<u>12 789</u>
Koulikoro									1 245	1 245	1 410	1 410	3 117	3 114
Sikasso									4 102	4 100	1 645	1 644	3 357	3 357
Ségou									1 668	1 668	1 523	1 523	3 127	3 127
Mopti									991	924	1 446	1 444	3 193	3 191
<u>Zone 2</u>									<u>6 273</u>	<u>6 228</u>	<u>5 783</u>	<u>5 783</u>	<u>12 580</u>	<u>12 579</u>
Kayes									5 281	5 279	1 450	1 450	3 157	3 157
Tombouctou									365	365	1 445	1 445	3 180	3 180
Gao									483	445	1 461	1 461	3 141	3 141
Kidal									144	140	1 428	1 428	3 102	3 102
<u>Zone 3</u>									<u>24 776</u>	<u>24 776</u>	<u>1 492</u>	<u>1 492</u>	<u>3 041</u>	<u>3 041</u>
District de Bamako									24 776	24 776	1 492	1 492	3 041	3 041

Volet	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé	Réçu	Dépensé
Montant dépensé					69 577	66 326	31 103	30 783		85 962		62 754		86 765
Solidarité/Lutte contre l'exclusion					644	615	3 019	3 007		5 596		2 510		2 338
Lutte contre la pauvreté					3 769	2 442	3 231	3 202		10 175		9 495		11 221
Protection sociale					62 697	60 831	21 063	20 805		64 586		43 541		64 409
Renforcement institutionnel					1 409	1 398	1 968	1 955		3 166		5 071		6 074
Ressources humaines					1 058	1 040	1 822	1 814		2 438		2 138		2 723

ANNEXE 10 : RÉSUMÉ DES DONNÉES FINANCIÈRES DE LA COMPOSANTE PROMOTION FÉMININE ET FAMILLE DU PRODESS

Composante Promotion Féminine et Famille du PRODESS

	2006			2007			2008			2009		
	Reçu	Dépendé	%									
Montant dépensé (en millions de FCFA)	2 778	2 675	96,3	2 513	2 492	99,2	2 623	2 600	99,1	3 461	3 431	99,1
Promotion de la femme	949	931	98,2	1 285	1 275	99,2	1 084	1 075	99,2	1 603	1 590	99,2
Promotion de l'enfant et de la famille	879	865	98,5	142	139	97,9	254	249	97,9	287	281	97,9
Administration générale	950	878	92,4	1 086	1 078	99,3	1 286	1 276	99,3	1 571	1 559	99,3

ANNEXE 11: TABLEAU D'ANALYSE DES RESPONSABILITÉS DE CONCERTATION

Eléments	Niveau central			Niveau régional	Niveau de district sanitaire (DS)
	Comité de suivi du PRODESS II	Comité technique du PRODESS II	Comité de pilotage	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS II (CROCEP)	Conseil de Gestion
Membres					
Présidence	Ministre de la Santé (MS) Ministre du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA)	Secrétaire Général du MS Secrétaire Général du MDSSPA	Secrétaire Général du MS Secrétaire Général du MDSSPA	Gouverneur	Président du Conseil de Cercle
Vice-présidence	Représentant des PTF Représentant de la société civile				
Membres	Sces de la superstructure administrative et financiers Sces centraux Sces rattachés Sces personnalisés Autres départements Collectivités territoriales Société civile Partenaires techniques et financiers	Sces centraux Partenaires techniques et financiers	Sces centraux Partenaires techniques et financiers	Autorités politiques et administratives Autres acteurs intervenants dans la mise en œuvre du PRODESS II Partenaires techniques et financiers	Autorités politiques et administratives locales Médecins-chefs et autres acteurs du PRODESS II Société civile Partenaires techniques et financiers locaux
Responsabilités				Valider les plans/programmes de développement sanitaire de la région Assurer le suivi de leur exécution	Valider les plans de développement et plans opérationnels des DS au niveau cercle
Fonctionnement					
Réunions	Une fois par an et selon les besoins	Une fois par semestre	Une fois tous les deux mois		
Journées d'évaluation et de planification	Une fois par an				
Mission conjointe de suivi				Une mission par an en cas de besoin Rapport au comité technique	

Rôles des différents niveaux par rapport aux fonctions de planification, supervision et suivi/évaluation

Niveau	Fonction			
	Planification	Supervision (de)	Responsable (à)	Suivi et évaluation
Commune	Plan communal de développement	Construction	Maire	
Cercle (district)	Plan de développement sanitaire de cercle (PDSC)	Activités du PDSC	Président du Conseil de Cercle	Rapports de suivi/évaluation de la mise en oeuvre du PDSC Rapports d'activités de cercles
Region	PO régional validé par le CROCEP	Activités du PO Régional	Assemblée Régionale	M&E of the regional Operational Plan through activities report conducted by the regional directorate of Health
National	Elaboration of a national Operational Plan	Activities report (<i>rapport d'activités</i>)	MS/DNS MDSSPA/DNDS	DNS: plan to supervise, monitor and evaluate the implementation of operational plans DAF: budgetary plan and supervises the budget execution CPS- provides the framework for M&E General Secretary of the MoH and Min of Soc Dev- organize technical and review committee and validates the operational plan

Source: Adapté du Compact.

ANNEXE 12: BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage	Date	Format
Chapitre I: Introduction		
Chapitre II: Résultats Globaux		
<u>Enquêtes</u>		
EDS I 1987	1988	Fichier
EDS II 1995	1996	Fichier
EDS III 2001	2002	Fichier
DNSI, Enquête malienne sur l'Evaluation de la Pauvreté au Mali	2003	
SCF US /CREDOS / T. Sidibé et al; Enquête de base sur la mortalité néonatale	fév 06	
Enquête légère intégrée auprès des ménages (ELIM)	2006	Fichier
EDS IV 2006	2007	Fichier
Enquête ELIM/MICS	fév 11	Fichier
<u>SIS</u>		
Général		
MS Schéma directeur du SNISS-MSSPA/CPS	mars 98	
MS/CPS, Guide des Indicateurs de la Santé	2005	
HCLNS Manuel du Système de Suivi-Evaluation	janv 06	
Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire et social par l'outil du reseau de métrologie sanitaire	déc 08	
IHP+ résultats de performance, rapport annuel 2010. www.ihpresults.net	mar 11	
SIH, SLIS/SNIS, SiSO		
SLIS 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008		Fichier
SIH 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009		Fichier
SNIS 2008 et 2009		Fichier
SiSO 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009		Fichier
<u>Missions conjointes de suivi / Rapports d'activités</u>		
Rapport de la MCS du PRODESS 2004, 2006, 007, 2008 et 2009		
Comité Technique, Synthèse des bilans et rapports d'activités du Ministère de la Santé 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009		
<u>Etudes diverses</u>		
A. Tamouza et al; Evaluation finale du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR)	janv 99	
UNICEF: report on support mission to prepare PRODESS evaluation	2002	
MS; Politique Nationale de Recherche en Santé	janv 09	Fichier
Banque Mondiale: Le Mali face au défi démographique	juin 09	Fichier
UNICEF RMP Rapport_Survie	nov 10	

Chapitre III: Offre et utilisation des services

Accessibilité, disponibilité et utilisation du PMA

Ministère de la Santé: 2007-Carte sanitaire	2008	Fichier
Iknane, et al., Etude pour la Définition et l'Elaboration de Stratégies Alternatives de Santé dans la zone d'intervention du PIDRK (Kidal).	mars 10	Fichier
A. Diawara, Analyse de l'expérience de l'initiative un cercle une ONG.	2004	Fichier
Iknane et al, La santé communautaire au Mali: Aspects juridiques, réglementaires et économie politique de la santé communautaire	mai 00	Fichier

Soins essentiels au niveau communautaire

PMA

Général

DNS; Politique et normes des services de santé maternelle, infantile et de Planification Familiale	juin 95	
FENASCOM, M Diallo Etude sur les besoins de renforcement des capacités CSCOM pour améliorer la qualité des soins	août 06	Fichier
Codjia, et al., Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali	déc 08	Fichier
MS/DNS, Guide national pour la mise en oeuvre des soins essentiels dans la communauté	nov 10	Fichier

Santé maternelle

USAID/Ministère de la Santé: Améliorer l'accès aux services de santé maternelle: effet de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali		
MDM Données sur le projet de fistule vésico-vaginale à Mopti	2002	

Nutrition

Policy Project: Ag Iknane; Analyse de l'environnement politique de a nutrition au Mali	oct 02	
UNICEF, Situation nutritionnelle au Mali	2010	
GM Synthèse du Rapport Général du Forum National sur la Nutrition au Mali	juin 10	

PEV

Résultats de la Revue externe du PEV Mali	2006	Fichier / PPT
MS/OMS, Evaluation de la couverture vaccinale de routine du PEV	jan 10	Fichier

Planning familial

M. Guèye et A. Nikièma Evaluation de l'offre des services de planification familial au Mali	juil 08	Fichier
---	---------	---------

VIH/SIDA, Paludisme et Tuberculose

Evolution et impacts du VIH/SIDA sur le développement	2002	Fichier
Présidence/Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA, Déclaration de Politique de Lutte contre le VIH/SIDA au Mali.	avr 04	
AK Koumaré et al.; Evaluation de l'Initiative Malienne d'accès aux Antiretroviraux (IMAARV)	déc 05	
Fonds Mondial; politique et protocoles de prise en charge antiretrovirale au Mali	avr 08	
Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali.	avr 04	Fichier
OMS: Evaluation de la composante tuberculose du Fonds Mondial	déc 06	

Autres		
CREDOS: Enquête sur la prise en charge de l'enfant drypanocytaire	avril 03	
Qualité		
INRSP, MS Traoré et al; Qualité des soins dans les CSCOM de la région de Koulikoro	juil 97	
D. Gobbers / FENASCOM, Qualité et accès aux soins en milieu urbain	juin 02	Fichier
MS/USAID; Guide de mise en œuvre de l'approche Ciwara d'Or	2002?	
MS; rapport de Mission d'évaluation sur la qualité de services (Ressources Humaines et Plateaux techniques)	avr 10	
Appréciation par les bénéficiaires		
Banque Mondiale: Enquêtes auprès de bénéficiaires des CSCOM	1997	
MSSPA, Les centres de santé communautaire au Mali: Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires	oct 97	Fichier
<u>Système de référence</u>		
Organisation de la référence/évacuation	2005	
<u>Réforme hospitalière</u>		
MS/ANEH, Le Dispositif de Contractualisation favorisant la performance des hôpitaux	juin 06	
MS/ANEH, Le Dispositif de Contractualisation favorisant la performance des hôpitaux	jan 07	Fichier
Loi 02-54, portant sur la loi hospitalière	juil 02	
MS/ANEH, Synthèse des résultats et recommandations de l'évaluation des hôpitaux de Sikasso et de Gao	juin 07	Fichier / PPT
MS/ANEH, Dispositif pour l'amélioration de la performance des hôpitaux	juin 07	Fichier / PPT
MS/ANEH. Mesure des niveaux de base des indicateurs de contrat de performance dans les 12 hôpitaux - 2006	avr 08	
MS/ANEH. Rapport d'évaluation des indicateurs de contrat de performance dans les 12 hôpitaux - 2007	sept 09	
MS/ANEH Synthèse des évaluations des projets d'établissement	nov 09	
MS/ANEH Evaluation de la mise en œuvre de la réforme hospitalière au Mali	déc 10	
<u>Secteur privé</u>		
Banque Mondiale, T. Marek et al; Tendances et perspectives des partenariats entre les secteurs public et non-étatique	2006	
MS/CPS, Partenariat Public Privé secteur santé au Mali: Etude diagnostique pays sur le secteur privé	2009	Fichier / PPT
BCG/IFC, Etude sur le secteur privé de la santé au Mali	2009	Fichier
<u>Médicaments</u>		
Politique et stratégies		
MSPASPF, Réforme pharmaceutique: Pourquoi une politique de médicaments essentiels?	fév 92	
MS, Politique Pharmaceutique Nationale	juil 96	Fichier
MS, Politique Pharmaceutique Nationale	juil 97	Fichier
FED, KIT, Restructuration du Secteur Pharmaceutique	oct 97	
MS La Politique Nationale Pharmaceutique	2000	
DNSP, DLP; Evaluation des Indicateurs pour le suivi de la Politique Pharmaceutique Nationale du Mali	sept 00	

Approvisionnement			
MSPASPF/INRSP/UNICEF; Brunet-Jailly et al; La PPM dans le contexte de l'Initiative de Bamako	1990		
MS/INRSP, Etude d'une stratégie d'approvisionnement des cercles en médicaments essentiels en DCI	nov 93	Fichier	
MSSPA/FED, C. Penicaud; Mission d'appui technique à la politique des prix du médicament	juil 96	Fichier	
MSPAS, Guide du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels	2000	Fichier	
OMS; Quality of antimalarials			
MS/DPM; Le prix des médicaments	jan 05		
Distribution			
MS/DPM, Enquête sur la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali	2000	Fichier	
MS/DPM; Enquête sur la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali	2001	A rechercher	
FNUAP, L. Konaté, B. Doumbia; Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes et des produits de santé maternelle	mars 11	Fichier	
OMS (en ligne) Profil pharmaceutique du Mali: www.who.int/medicines/areas/coordination/Maliprofile.pdf	TR		
Chapitre IV: Activités de soutien aux prestations			
Chapitre V: Participation communautaire et renforcement de la solidarité			
<u>Général</u>			
Equité			
Programme d'Appui et de Renforcement de l'Equité Homme Femme 3 : notes de présentation	2011		
Genre			
MPFEF/CNDIFE; Rapport sur la situation de la femme	2008		
MPFEF; Politique Nationale du genre	sept 09		
MPFEF, Politique et plan d'action nationale 2008-2012 pour l'abandon de la pratique de l'excision au Mali	déc 07		
MPFEF; Synthèse des rapports d'activités du Programme Opérationnel 2009	nov 10	Fichier	
Pauvreté			
RM, Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté	déc 06		
RM / Banque Mondiale, Tendances et déterminants de la pauvreté au Mali (2001-2006)	sept 07	Fichier	
Banque Mondiale, La Problématique de la Santé et de la Pauvreté au Mali (Tomes I et II).	déc 10	Fichier	
<u>Décentralisation et participation communautaire</u>			
Collectivités locales / ASACO			
FENASCOM, Statuts-Types des Associations de santé communautaire (ASACO)	Juil 94	Fichier	
FENASCOM, Oumou B. Diallo: Résultats de l'étude sur la participation des femmes dans la gestion de la santé communautaire	2001	Fichier	
Présentation PP Décentralisation: Bilan de la CAD/MS 2006	2008		
Guide d'opérationnalisation du Decret No 02-314 du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle. Version corrigée.	déc 2008		
FENASCOM Présentation sur les rôles et responsabilités des ASACO dans les Soins Essentiels dans la Communauté	janv 11		

Société civile (SC)		
Note sur le cadre de concertation des organisations de la société civile pour la mise en oeuvre du PRODESS	nd	Fichier
Salif Samaké, et al., Rapport d'étude sur le rôle et la place de la FENASCOM dans la mise en oeuvre du PRODESS	fév 98	Fichier
Société Civile (SC): NGO Networks for Health	2000	
FENASCOM, M Konaté, Evaluation du Plan Stratégique 2005-2009	janv 09	
Présentation Société Civile, Bilan 2009	2010	
<u>Renforcement de la solidarité</u>		
Général		
MPFEF; Plan d'Action national de lutte contre le trafic et les autres formes d'exploitation des enfants 2002-2006	oct 02	
MDSSPA, Déclaration de la Politique Nationale de Protection Sociale au Mali	2002	Fichier
DNPSSES, A. Letourmy; Evaluation de la Protection Sociale au Mali	2004	
AEC, Enquête de base sur le trafic des enfants	mars 05	Fichier
MPFEF, L'Etude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière des Droits de l'Enfant et de la Femme (ECAPDEF)	2007	Fichier
MDSSPA/ODI, La protection sociale et les enfants en Afrique de l'Ouest et du centre: Le cas du Mali	fév 09	Fichier
MS/CPS, Quelques Indicateurs Essentiels Relatifs à la Protection des Droits de l'enfant et à la Santé de l'enfant.	oct 09	Fichier
MPSSPA DNDS; Présentation Stratégie de mobilisation nationale en faveur de la Santé	nov 09	
Banque Mondiale; Filets Sociaux, Mali	juil 10	
UNICEF, P.Perezniето; la Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: le cas du Mali	2009	
Caisses villageoises		
FENASCOM; Rapport final du projet pilote des caisses villageoises de solidarité santé	déc 09	
Mutuelles		
BIT, Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement et à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du Mali	avr 98	Fichier
Abt Associates L.M. Franco et al; Initiative pour l'équité au Mali: évaluation de l'impact des mutuelles de santé sur les services à fort impact	sept 06	
MDSSPA, Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé au Mali.	mai 10	Fichier
Assurance maladie		
A. Letourmy, l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assistance Médicale au Mali. Etude de faisabilité et d'orientation générale	1997	
Loi portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire; décret fixant les modalités d'application de la loi	2009	Fichier
Loi portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) décret fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement	2009	
Présentations AMO & RAMED	2009	
Communiqué Conseil des Ministres - au titre du MDSSPA, conclusions sur l'AMO	avr 10	

Chapitre VI: Financement du PRODESS

CNS

MS/INRSP, Les Comptes Nationaux de la Santé du Mali 1999-2004.
OMS, Résultats des dépenses de santé 1996-2005 (tableau du site web)

juil 06
2007

CDMT

MS/CPS. Cadre de Dépenses à moyen terme 2003-2007.
MS CDMT 2009-2011
Cadre de dépenses à moyen terme du Développement Social 2005-2009.

nov 03
avr 09
nd

A rechercher

Bilans Annuels

MS, Rapport d'évaluation technique et financière du PO 2000
MS/DFM, Bilan financier 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009
MDSSSPA/DAF, Bilan financier 2006, 2007 et 2008
HCNLS; Protocole de Financement entre le SE/HCNLS et le Ministère de la Promotin de la Femme de l'Enfant et de la Famille

jan 01

Fichier
Fichier

Etudes

Etude sur les coûts et le financement du système de santé au niveau cercle (District Sanitaire de l'OMS).
Étude sur le financement du système de santé au Mali. Rapport provisoire.
A. Halajko, Étude sur le financement du système de santé au Mali: Cadrage financier du Programme d'investissements sectoriels
Secrétariat Exécutif, HCNLS, Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2007-2008 (EF-REDES)
Banque Mondiale, Mali-Revue des Responsabilités Publiques et de la Responsabilité financière de l'Etat: vol III rap Principal: Gouv. Du Mali et l'UE
Rapport sur la mise en oeuvre des recommandations du Comité Interministériel de la promotion de la santé et de l'action sociale
Union Européenne, Evaluation des opérations d'aide budgétaire (Tomes I et III)
Arrangement spécifique entre le Gouvernement du Mali et les partenaires au développement relatif à l'appui budgétaire en faveur des sercteurs sanitaires et social

août 93
oct 97
avr 98
nov 09
??
mai 10
mars 11

Fichier
Fichier

Chapitre VII: Développement et gestion des ressources humaines

Politiques et planification

M/S Plan d'action pour le développement des ressources humaines dans le secteur socio-sanitaires 1995-2000
MDSSSPA, Politique Nationale de Contractualisation dans le secteur socio-sanitaire au Mali
Déclaration de Kampala et Programme pour une action mondiale en matière des ressources humaines pour la santé.

1996
janv 07
jan 08

Formation

FNUAP, S. Konaté et al; Evaluation de la formation en Santé de la Reproduction
FENASCOM, A. Diawara; Etude sur la création d'un centre de recherche et de formation en santé communautaire

juin 01
déc 09

Performance / Contractualisation

MDSSSPA et MS, Politique Nationale de Contractualisation dans le Secteur Socio Sanitaire au Mali.
MS/EU, Evaluation à mi-parcours de la couverture vaccinale dans le cadre de la mise en oeuvre des contrats de performance

déc 00
fév 02

Fichier

Gestion des ressources humaines		
Point sur l'état d'avancement du processus d'opérationnalisation de la DRH	oct 04	Copie
MS Expérience malienne de gestion des Ressources Humaines dans le secteur de la santé et ses perspectives	oct 04	
Présentation PP, Y Berthé; CADRH	juin 07	
Rapport de validation du rapport d'étude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali	mars 08	Fichier
CPS; Politique Nationale de Développement des Ressource Humaines pour la Santé	nov 09	Fichier
MS/CPS; Plan Stratégique de Développement des Ressource Humaines pour la Santé 2009-2015	déc 09	Fichier
Communication de la DRH au CT/PRODESS	mai 10	Fichier
MS/DRH: Point sur l'état d'avancement du processus d'opérationnalisation de la DRH	nov 10	
MS/DRH: Description des postes de la DRH	nd	Fichier
MS Document en ligne: Profil pays en Ressources humaines pour la santé	TR	
MS/CPS, Etude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des CSCOM	Jan-06	Fichier
Chapitre VIII: Maîtrise du PRODESS		
<u>Politiques et réformes</u>		
MSSPA, Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population.	déc 90	
MS Répertoire analytique des documents relatifs à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de la population au Mali	juin 97	
Loi 02-49, portant orientation sur la santé	juil 02	Fichier
Déclaration de Politique Générale, p. 24.	déc 07	A rechercher
PDDSS	1998	Fichier
MS, PRODESS 1998-2005	Juin 97	Fichier
MS, PRODESS II Prolongé 2009-2011.		Fichier
MDSSP, Politique Nationale de Développement Social.	2005	A rechercher
MDSSPA, Stratégie Nationale de Mobilisation Sociale pour la Promotion de la Santé	2009	Fichier
MDSSPA, PRODESS II : Composante Développement Social (2005-2009)	sept 04	Fichier
MS, PRODESS II: Composante Développement Social Prolongé (2010-2011).	mars 09	Fichier
MS/CPS, COMPACT: Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD.	mars 09	Fichier
MS/CPS, COMPACT: Le Cadre de Suivi Evaluation des Engagements mutuels du Compact	avr 09	Fichier
J. Brunet-Jailly, Etudes des cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali.	jan 89	
S. Samaké, et al., L'approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali.	déc 09	Fichier
Z. Maiga, et al., La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996	1999	Fichier