

BSD
MINISTRE DE LA SANTE

oooooooooooo

SECRETARIAT GENERAL

oooooooooooo

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

oooooooooooo

Pages 20

IVBP ?

CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME 2003-2007

Améliorer la santé, faire reculer la pauvreté

Cadre de dépenses à moyen terme 2003-2007
dans la perspective des objectifs 2015



Version Finale

Equipe de rédaction :

Dr Niagalé TRAORE Cellule de Planification
et de Statistique du Ministère de la Santé

M. Thiécoura SIDIBE Direction Administrative
et Financière du Ministère de la Santé

Dr Baba TOUNKARA Direction Nationale
de la Santé

Novembre 2003

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	8
2. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE	10
2.1. ANALYSE SANTE ET PAUVRETE : EDS II ET EDS III	10
2.1.1. DISPONIBILITE DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES.....	11
2.1.2. EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE.....	12
2.1.3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE.....	12
2.1.4. GOULOTS D'ETRANGLEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE.....	16
2.2. ANALYSE DE LA DEPENSE PUBLIQUE DE SANTE.....	19
3. RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA COMPOSANTE SANTE POPULATION DU CSLP.....	27
3.1. STRATEGIES DE PRODUCTION DE SANTE.....	28
3.1.1. STRATEGIES AU NIVEAU MENAGE ET COMMUNAUTAIRE.....	28
3.1.2. STRATEGIES POUR AMELIORER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE.....	31
3.2. STRATEGIES POUR AMELIORER LES POLITIQUES DE SANTE / CREER DES CONDITIONS FAVORABLES A LA PRODUCTION DE SANTE	33
a) <i>Un financement privilégiant les pauvres.....</i>	33
b) <i>Le développement des ressources humaines.....</i>	33
c) <i>Politique de population.....</i>	33
d) <i>L'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système.....</i>	34
4. LE CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME : PRINCIPES.....	35
4.1. L'IMPORTANCE DU CDMT POUR LE MINISTERE DE LA SANTE	35
5. PRINCIPAUX PROGRAMMES DU CDMT : SRATEGIES ET ACTIONS COMPLEMENTAIRES SANTE PAUVRETE	36
UNE VUE D'ENSEMBLE.....	36
➤ <i>Cinq programmes pour améliorer la production de santé.....</i>	37
➤ <i>Deux programmes pour créer les conditions de succès de la production de santé 37</i>	37
➤ <i>Objectifs généraux.....</i>	37
5.1. PROGRAMME 1: AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX PAQUETS DE SERVICES ESSENTIELS DE SANTE.....	38
5.1.1. objectifs ET STRATEGIES.....	38
5.1.2. resultats attendus.....	39
5.1.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS.....	40

5.2.	PROGRAMME 2: AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES	41
5.2.1.	<i>objectifs</i>	41
5.2.2.	<i>resultats attendus</i>	43
5.2.3.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	44
5.3.	PROGRAMME 3: DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES	45
5.3.1.	<i>objectifs ET STRATEGIES</i>	45
5.3.2.	<i>resultats attendus</i>	46
5.3.3.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	46
5.4.	PROGRAMME 4: AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE	46
5.4.1.	<i>objectifs ET STRATEGIES :</i>	47
5.4.2.	<i>resultats attendus</i>	48
5.4.3.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	48
5.5.	PROGRAMME 5: ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS DE SANTE ET PARTICIPATION	48
5.5.1.	<i>objectifs ET STRATEGIES :</i>	49
5.5.2.	<i>resultats attendus</i>	50
5.5.3.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	51
5.6.	PROGRAMME 6: REFORME DES HOPITAUX ET INSTITUTIONS DE RECHERCHE	51
5.6.1.	<i>objectifs ET STRATEGIES</i>	51
5.6.2.	<i>resultats attendus</i>	52
5.6.3.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	52
5.7.	PROGRAMME 7: RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES	52
4.7.2.	<i>resultats attendus</i>	54
5.7.1.	ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS	54
6.	CADRAGES BUDGETAIRES	55
6.1.	LES HYPOTHESES SOUS-JACEANTES	55
6.2.	EVOLUTION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DU CDMT	56
6.3.	EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DU NIVEAU BENEFICIAIRE	57
6.4.	EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DU TYPE DES DEPENSES	58
6.5.	EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DES ZONES DE PAUVRETE	59
6.6.	EVOLUTION DU BUDGET PAR PROGRAMME	59
6.6.1.	<i>Evolution du budget du programme 1 (Accessibilité Géographique) :</i>	60
6.6.2.	<i>Evolution du budget du programme 2 (Disponibilité des ressources Humaines) voir Figure 16</i>	62
6.6.3.	<i>Evolution du budget du programme 3 (Disponibilité des ressources Matérielles Essentielles) voir Figure 18</i>	64

6.6.4.	<i>Evolution du budget du programme 4 (Amélioration de la qualité/ soutien à la Demande /lutte contre la maladie) voir Figure 20</i>	66
6.6.5.	<i>Evolution du budget du programme 5 (Accessibilité financière aux soins et participation) voir Figure 22</i>	68
6.6.6.	<i>Evolution du budget du programme 6 (Reforme Hospitalière et Instituts de Recherche) voir Figure 24</i>	70
6.6.7.	<i>Evolution du budget du programme 7 (Soutien et renforcement des capacités institutionnelles) voir Figure 26</i>	72
7.	MECANISME DE SUIVI ET D’EVALUATION DU CDMT	74
7.1.	ASPECTS INSTITUTIONNELS	74
7.1.1.	LES ACTEURS :	74
7.1.2.	LE ROLE DES DIFFERENTS NIVEAUX DE PLANIFICATION ET DE SUIVI :	74
7.1.3.	LES OUTILS DE PLANIFICATION.	75
7.1.4.	LES ORGANES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PROGRAMME :	75
8.	CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES	76
8.1.	CONDITIONS DE REUSSITE	76
8.2.	RISQUES	77
9.	CONCLUSION	78
10.	ANNEXES	79

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la santé remercie tous ceux qui ont contribué à la préparation et la rédaction du document du **cadre de dépenses à moyen terme (C.D.M.T)**.

Le département de la santé remercie plus particulièrement les partenaires techniques et financiers de leur disponibilité constantes et leur suivi quant à la rédaction et l'amélioration de ce document. Il n'oublie pas non plus le Ministère de l'Economie et des finances qui a pleinement contribué à toutes les phases du processus. L' UNICEF et la Banque Mondiale pour leurs contributions financière et technique et également tous les autres partenaires techniques et financiers qui ont participé à l'élaboration du présent document.

Composition de l'équipe restreinte chargée d'élaborer le cadrage budgétaire

- Docteur Niagalé TRAORE, Directrice Adjointe de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé
- M. Thiécoura SIDIBE chef de la section chargée du suivi des fonds d'origine extérieure à la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé
- Docteur Baba TOUNKARA, DNS/ Ministère de la Santé
- M. Amadou BENGALY Directeur Administratif et Financier Adjoint sortant qui est actuellement à l'Ambassade du Canada à Bamako
- Dr Amadou SOGODOGO à Unité de la Direction Nationale de la Santé Ministère de la Santé

Cette équipe a reçu l'appui technique d'experts nationaux, régionaux et internationaux composée de :

- M. Abdoulaye TOURE Directeur National du Budget
- Dr Agnès SOUCAT, Banque Mondiale à Washington USA
- M. Samuel ARIE, Banque Mondiale à Washington USA
- Dr Rudolf KNIPPENBERG, UNICEF à New York
- Dr Win Van LERBERGHE, IMT Belgique
- Dr Nezhir Ould HAMED, consultant

Ont également contribués

- M. Koniba DIARRA chef de Division Finances à la DAF du Ministère de la Santé
- M. Thomas ZERBO ex chef de Division du Matériel et de l'Équipement à la DAF du Ministère de la Santé
- M. Soumaïla KEÏTA conseiller technique au Ministère de la Santé
- Dr Ignace RONSE OMS Mali
- Dr Daouda MALLE, Banque Mondiale Mali
- Mme Christina WOOD Banque Mondiale à Washington USA
- M. Abdoulaye KONATE, Banque Mondiale Mali
- Mr. Mohamed Ould Didi, Consultant
- Dr Ousséini RAINI, l'UNICEF/Mali
- Dr Hamadassalia TOURE, UNICEF/Mali

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

ARV :	Anti retro viraux
ASACO :	Association de santé communautaire
BCG :	Vaccin contre le bacille de Calmette et Guérin
CDMT :	Cadre de dépenses à moyen terme
CENACOPP :	Cellule nationale de coordination des programmes de population
CESAC :	Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil
CNIECS :	Centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé
CPN :	Consultations prénatales
CPS :	Cellule de planification et de statistique
CRM :	Caisse de retraite du Mali
CSCoM :	Centre de santé communautaire
CSLP :	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSRef :	Centre de santé de référence
DAF :	Direction administrative et financière
DNS :	Direction nationale de la santé
DPM :	Direction de la pharmacie et du médicament
DRC :	Dépôt répartiteur du cercle
DTCP :	Vaccin contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite
DV :	Dépôt de vente de médicaments
EDS II :	Enquête démographique et de santé (deuxième édition)
EDS III :	Enquête démographique et de santé (troisième édition)
EMCES :	Enquête malienne de conjoncture économique et sociale
Fcfa :	Francs de l'Union Economique Monétaire Ouest Africain (UEMOA)
FENASCOM :	Fédération nationale des Associations de santé communautaire
IEC :	Information, éducation et communication
IMAARV :	Initiative malienne d'accès aux anti rétro viraux
IRA :	Infections respiratoires aiguës
ISF :	Indice synthétique de fécondité
MDRH :	Mission de développement des ressources humaines
ME :	Médicaments essentiels
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDDSS :	Plan décennal de développement sanitaire et social
PEV :	Programme élargi de vaccination
PF :	Planning familial
PMA :	Paquet minimum d'activités
PIB :	Produit intérieur brut
PNB :	Produit national brut
PNLS :	Programme national de lutte contre le SIDA
PNP :	Politique nationale de population
PO :	Plan opérationnel
PPTTE :	Pays pauvres très endettés
PRODESS :	Programme de développement sanitaire et social
PV/VIH/SIDA :	Personne vivant avec le VIH/SIDA

SOU : Soins obstétricaux d'urgence
SLIS : Système local d'information sanitaire
SNIS : Système national d'information sanitaire
SR : Santé de la reproduction
SRO : Sel de réhydratation orale
TRO : Thérapie par réhydratation orale
TT : Tout terrain
\$US : Dollars des Etats Unis
VAR : Vaccin anti rougeoleux
VAT: Vaccin anti tétanique
VIH/SIDA : Virus du syndrome de l'immunodéficience acquise
Vit A : Vitamine A

1. INTRODUCTION

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2003-2007 du secteur sanitaire, objet de ce document, constitue un instrument de programmation budgétaire permettant au Gouvernement de matérialiser les orientations stratégiques du secteur sanitaire telles que stipulées dans le CSLP. Ainsi, il permet au Ministère de la Santé de :

- Dégager, dans le cadre d'un budget programme cohérent, les principales stratégies et actions soutenables et qui conditionnent la performance du secteur et en estimer les coûts additionnels nécessaires,
- prévoir les ressources budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés au secteur,
- et déterminer ainsi, de manière prévisionnelle, l'enveloppe budgétaire annuelle du secteur durant la période 2003-2007 en tenant compte de l'évolution budgétaire globale du pays et des apports attendus des bailleurs de fonds sur ladite période.

Ce CDMT s'inscrit dans le cadre des réformes de la gestion publique en cours au Mali visant à améliorer la santé et faire reculer la pauvreté.

L'architecture du présent budget-programme se base essentiellement sur celle de la composante santé-population du cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté, et vise à mettre en exergue les intrants essentiels en terme d'accès, de disponibilité et d'utilisation de prestations sanitaires curatives et préventives. Elle s'appuie sur l'architecture du PRODESS en cours, et préfigure l'architecture de la deuxième tranche du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

Ce texte accompagne le Cadre de Dépenses à Moyen Terme proprement dit, a été élaboré à l'aide d'une application informatique spécialement développée à cette fin. Comme la structure de ce Cadrage est différente de celle des budgets établis jusqu'à présent – il s'inscrit dans le cadre de la réforme de la gestion publique en cours au Mali – il a semblé utile d'y joindre une note explicative pour faciliter la compréhension de sa logique.

Ce texte commence par situer l'action sanitaire par rapport au programme de Lutte contre la pauvreté et de ce que ceci implique en termes d'objectifs de santé. Il résume les stratégies de production de santé et de politique de santé qui ont été retenus dans le cadre de ce programme¹ et spécifie la marge budgétaire dont le MINISTÈRE DE LA SANTÉ devra disposer en vertu d'une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur : on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes sources confondues de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2007.

Ce document donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus. Ce qui est innovant dans ce document,

¹ On en trouvera le détail en annexe 1

c'est l'abandon de structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles.

Cette planification montre une vue d'ensemble de sept programmes avec leur coût global et leurs résultats qui en sont attendus. Le chapitre suivant passe en revue le détail de chacun de ces sept programmes. Elle inclut une estimation des résultats attendus de chacun de ces programmes, en termes de production de soins, en termes d'intrants ainsi que leur impact sur les indicateurs principaux par le programme de lutte contre la pauvreté. De ce fait, le CDMT établit un lien dynamique entre les objectifs, les activités, les indicateurs et le budget à travers une application informatique.

Ce document constitue un puissant outil de négociation avec l'ensemble des partenaires. Son exécution nécessitera la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation impliquant l'ensemble des acteurs.

L'équipe du Ministère qui a travaillé sur le cadrage budgétaire espère que ce texte aidera à mieux comprendre la logique de son élaboration, et, par cela, contribuera à faire de ce cadrage un outil efficace d'accélération de la mise en œuvre de la politique sectorielle santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

Le CDMT est composé de trois documents :

Le document du CDMT qui fait ressortir l'analyse de la situation santé/pauvreté, le rappel des objectifs et stratégies de la composante Santé/Population du CSLP, les principes du CDMT, les stratégies et actions complémentaires des sept programmes, l'évolution des budgets par programme, le mécanisme de suivi/évaluation, les conditions de réussite et risques.

Le document annexe est constitué de six parties. Il contient le cadre logique du CDMT, le modèle d'évolution du budget de la Santé, les indicateurs de santé par zone de pauvreté, la structure des coûts additionnels par programme et par zone de pauvreté, la synthèse des coûts additionnels par programme et par zone de pauvreté et l'estimation des coûts réels en fonction des hypothèses d'augmentation du budget d'Etat.

Le guide d'utilisation qui explique tout le processus d'élaboration et donne des informations sur les annexes ;

2. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

2.1. ANALYSE SANTE ET PAUVRETE : EDS II ET EDS III

Le Département, afin de disposer d'indicateurs fiables, a entrepris en 1996 et 2001, à travers la Cellule de Planification et de statistique et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et grâce à l'appui technique de Macro International Inc, deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS II et EDS III)

L'analyse des résultats de ces deux enquêtes concerne pour l'essentiel les indicateurs de santé, les comportements des ménages, les performances des services de santé en terme de disponibilité des services, d'accessibilité aux services.

Pour cette analyse le pays a été divisé en zone selon le gradient de pauvreté. Ainsi les régions du Mali ont été regroupées en 3 zones selon le degré de pauvreté basé sur la proportion de pauvres vivants dans les régions (zone1 : très pauvre, zone : 2 moyennement pauvre et zone 3: non pauvre).

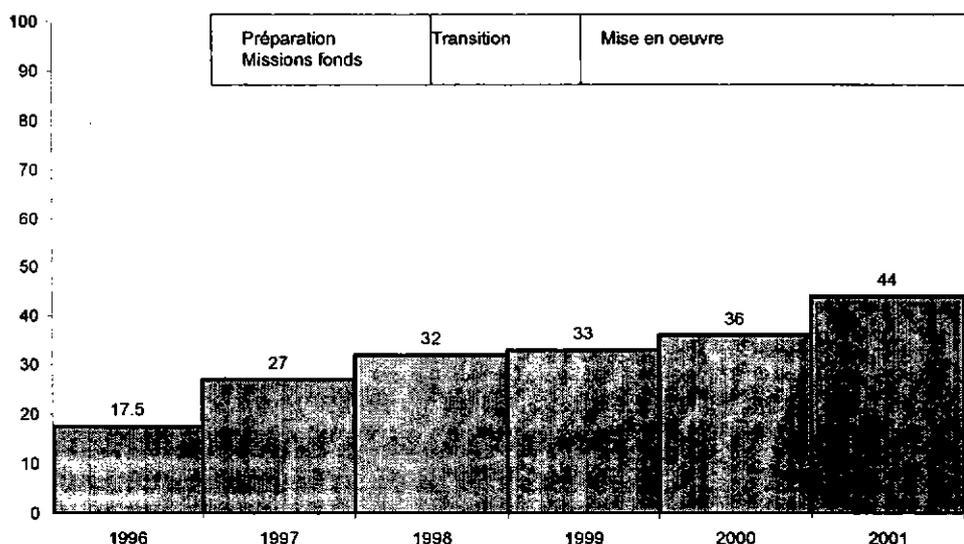
La zone 1 couvre les régions de Mopti, Koulikoro, Ségou et Sikasso ; cette zone couvre 66% de la population du Mali. La zone 2 couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal, elle est 3 fois moins peuplée que la zone 1. Le district de Bamako constitue la zone 3, il couvre 23% de la population.

Grâce aux données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) sur les biens et équipement des ménages, le logement, les moyens de transport, les indicateurs de santé et de comportement des ménages ont été examinés par groupes socio économiques ou quintiles repartis en très pauvre, pauvre, moyennement pauvre, moyennement riche et riche.

2.1.1. DISPONIBILITE DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES

La pauvreté au Mali est surtout rurale², et lorsque dans les années 1990 le Mali formulait une nouvelle politique sectorielle, il visait en premier lieu à trouver des solutions pour le milieu rural : la fourniture d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans un réseau de CSCOM.

Figure 1. Proportion de la population ayant accès à un PMA à moins de 5 Km.



Le ralentissement observé (1998-1999) semble être dû à l'effet combiné de trois facteurs :

- la mobilisation de nombreux cadres à tous les niveaux du Ministère pendant la préparation du PRO.DE.S.S : l'appui qu'ils ont fourni aux missions diverses de planification et leur participation aux nombreux débats se sont fait au dépens du travail de mise en œuvre ;
- le flottement et la déstabilisation dus à un changement de procédures à la fois trop rapide et radical dans ses intentions et trop lent dans sa mise en œuvre, ce qui a mis les opérateurs en position d'attente alors que les ressources ne suivaient pas ;
- le fait que le problème des ressources humaines (production d'infirmiers et possibilité d'offrir des emplois suffisamment attrayants au niveau des CSCOM) n'a pas trouvé de solution et s'est vu encore aggravé par du recrutement en concurrence avec les CSCOM.

Après deux ans de mise en œuvre du PRO.DE.S.S, l'accès au PMA dans un rayon de 5 km reste limité à 44% de la population.

² 76% de la population rurale est pauvre contre 36% en milieu urbain. 80% des pauvres sont concentrés dans 4 grandes régions du Mali (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro). Avec les 2/3 de la population du Mali, cette 'zone 1' abrite 79% soit environ 4/5 des pauvres du Mali. Il s'agit là de régions relativement très pauvres. La zone 2 regroupant les régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal) et la région occidentale (Kayes) est nettement moins pauvre que la zone 1. Seuls 4% des pauvres du Mali vivent à Bamako (zone 3).

2.1.2. EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE

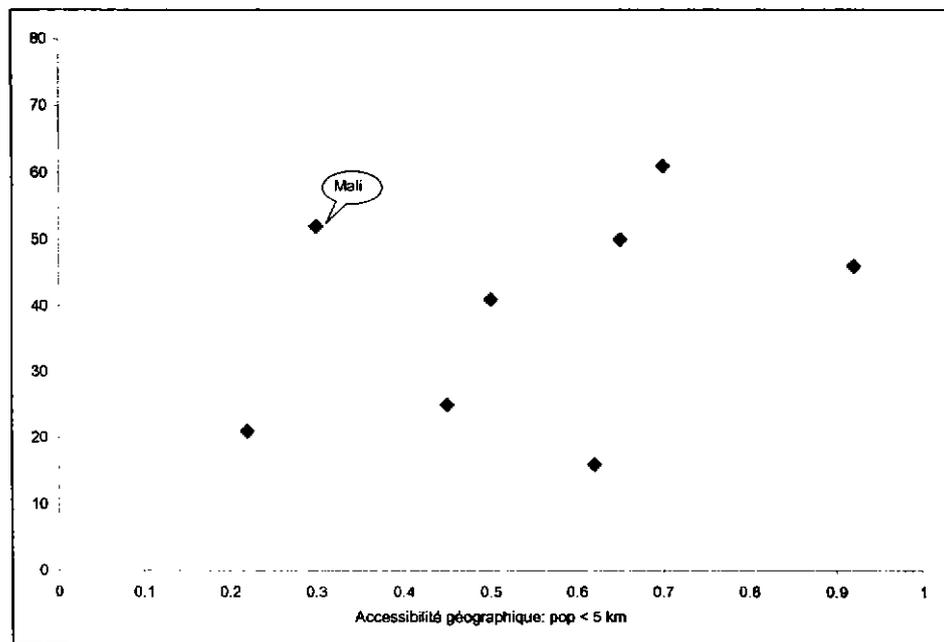
La mise en œuvre du PDDSS au milieu des années 1990 a permis une évolution notoire de l'accès des populations au PMA (3% en 1993, 3% en 1995, 34% en 1997 et 44% en 2001). La mise en place des CSCOM et la revitalisation des CSA s'est soldé par une augmentation spectaculaire (3 à 4 fois) de cette couverture sanitaire, avec une nette amélioration de la situation sanitaire des populations (exemple : évolution de la couverture vaccinale).

2.1.3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

La figure 2 illustre cette performance en mettant en rapport l'accès au réseau de soins et les performances vaccinales. Malgré une accessibilité géographique inférieure à celle des pays avoisinant, le Mali a un taux de couverture vaccinale (DTCP3) supérieur. Pour un personnel de santé qui veut obtenir des résultats cela constitue un handicap majeur, comparé à des situations où la population a un accès facile au service de santé.

Cela montre que l'approche suivie au Mali fonctionne; plutôt que de vouloir changer de modèle, il faudra le compléter, mais surtout en étendre la couverture.

Figure 2. Des performances comparativement bonnes, même avec un réseau encore beaucoup moins développé : la couverture vaccinale DTCP3 au Mali et dans d'autres pays de la région, par rapport à la densité de leur réseau sanitaire



Au moment de la préparation du PRO.DE.S.S, il a été constaté un ralentissement, voir un recul de la progression des activités sanitaires (exemple : consultation curative, couvertures de santé de la reproduction) illustré par les figures 3,4 et 5.

Figure 3. Taux d'utilisation de la CPN et taux de couverture DTCP3 (selon C.N.I et S.I.S)

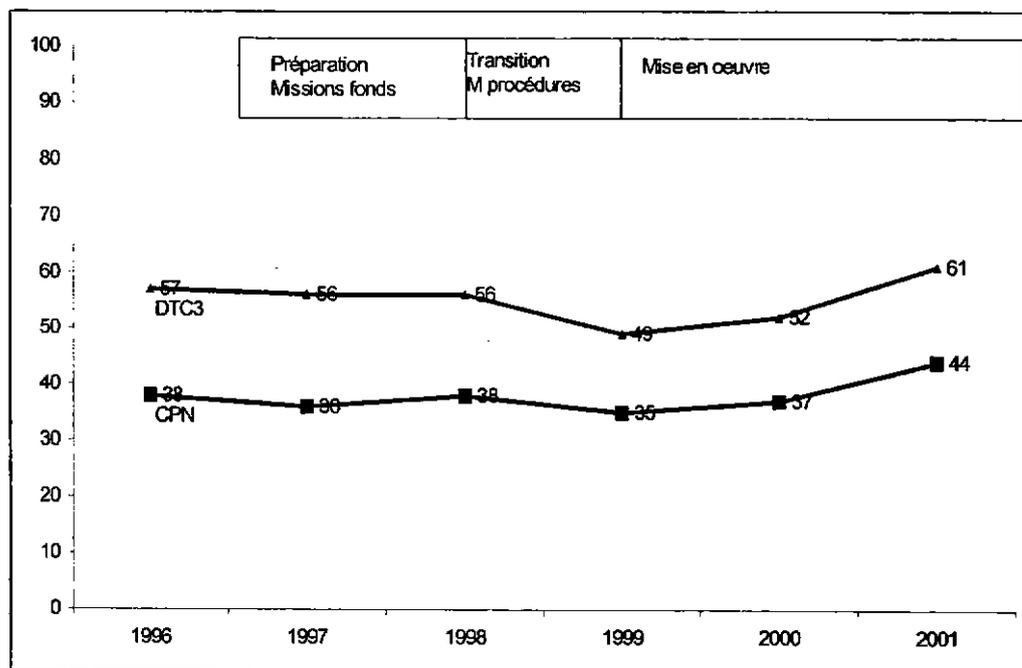
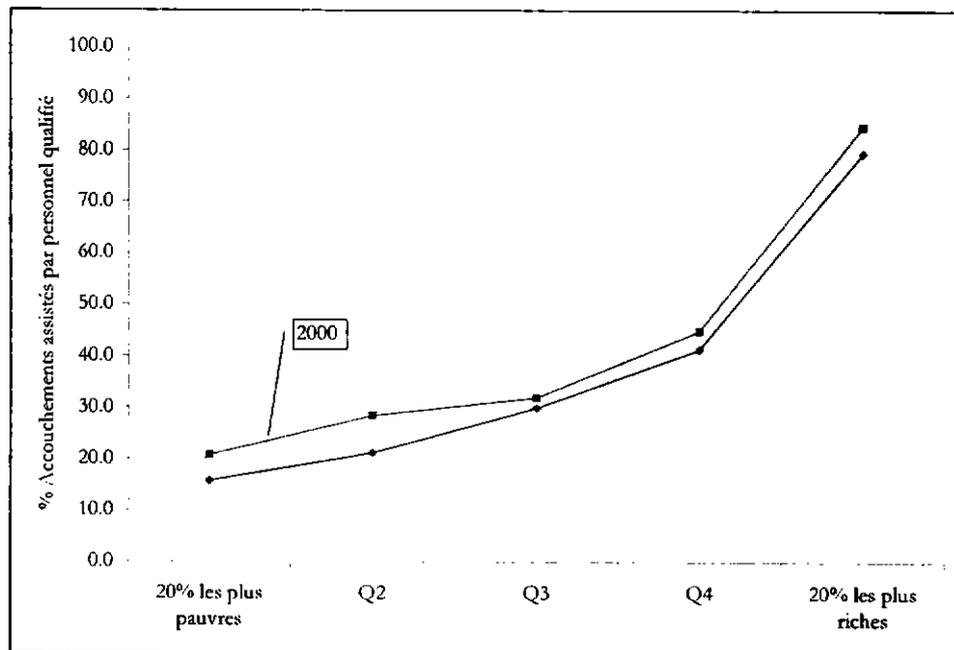


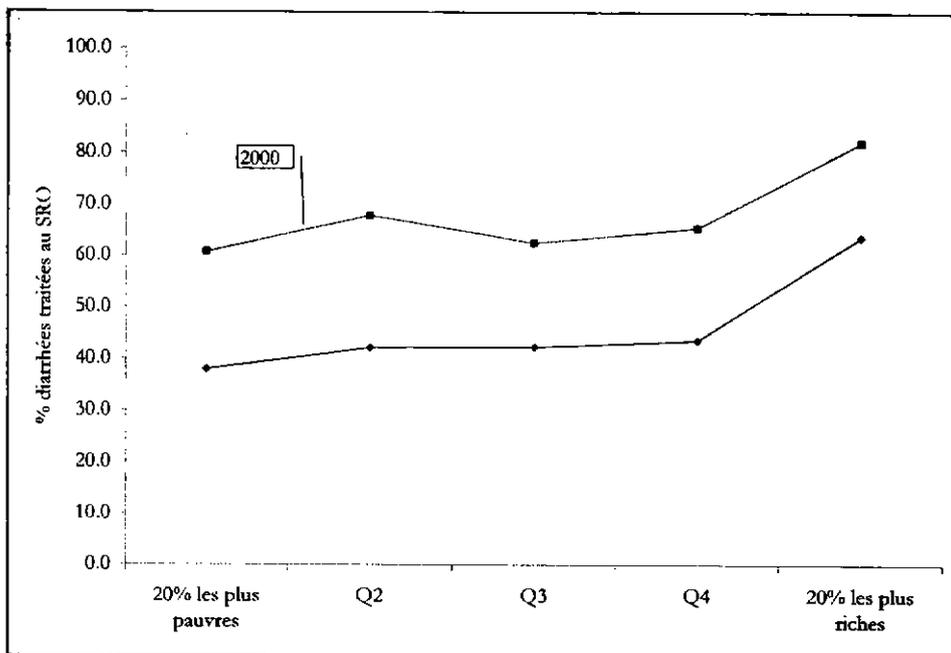
Figure 4. Proportion des accouchements qui sont assistés par un personnel qualifié, par quintile de pauvreté, en 1996 et 2000. Source : EDS II et EDS III



La progression constatée de la proportion des accouchements assistés entre les deux enquêtes profite plus aux quintiles les plus pauvres.

Figure 5. Proportion des cas de diarrhée qui sont traités au SRO, par quintile de pauvreté : 1996 et 2000.

Source : EDS II et EDS III

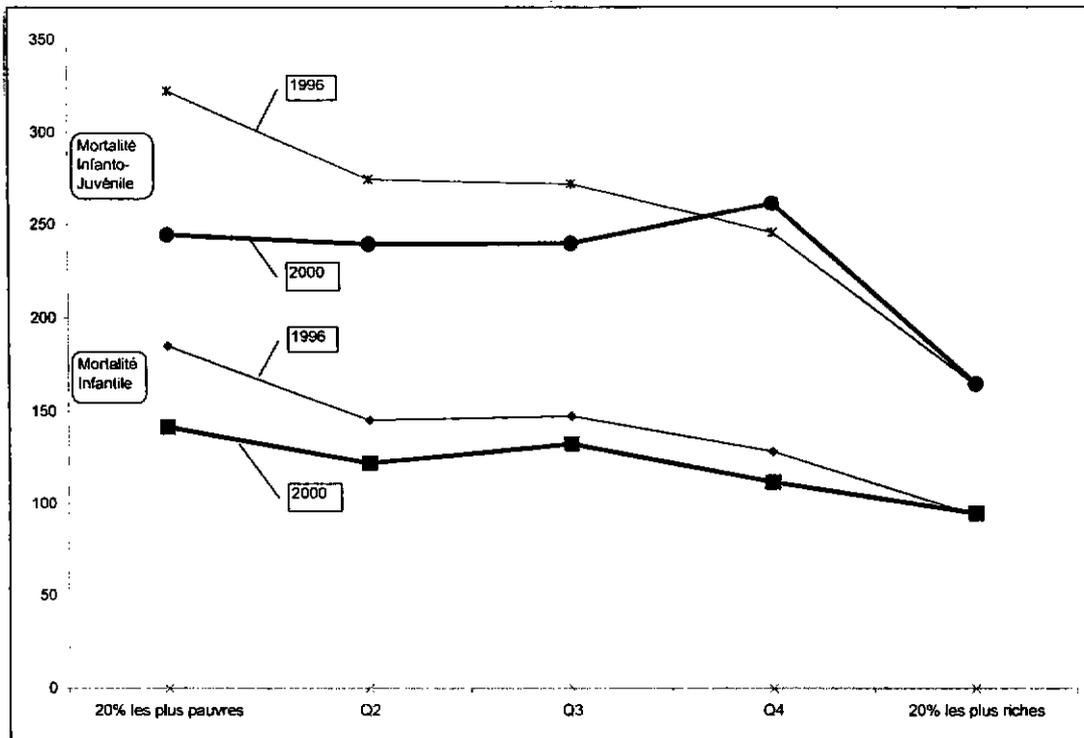


2.1.4. Mortalité infantile et maternelle

a) Mortalité infantile et infanto-juvénile

En dépit de ce ralentissement et des difficultés lors de la préparation et de la transition vers le PRO.DE.S.S, la progression de l'offre de soins et des activités sanitaires n'a pas été sans effets. Les données de l'EDS II et l'EDS III montrent une amélioration d'un certain nombre d'indicateurs entre 1996 et 2000, surtout parmi les plus pauvres (figure 6). Le résultat en est à la fois une réduction des niveaux de mortalité et une réduction des disparités.

Figure 6. Mortalité infantile et infanto-juvénile par quintile de pauvreté : 1996 et 2000. Source : EDS II et EDS III



Ces résultats sont certes modestes, mais combinés à la faiblesse de l'accessibilité aux soins, cela confirme qu'on est sur la bonne voie. Même à un niveau de mise en œuvre qui est loin d'être complet, et en dépit du ralentissement de la fin des années 1990, les approches de la politique sectorielle ont eu un impact au niveau national.

Il n'y a pas encore suffisamment de recul pour pouvoir quantifier l'impact du PRO.DE.S.S depuis qu'il a atteint sa vitesse de croisière, c'est à dire depuis 2000-01. Ce qu'on peut dire c'est que le modèle fonctionne, et que la discussion doit maintenant tourner autour des possibilités et modalités d'accélération et d'extension. Le choix des options de base est confirmé, mais même maintenant que le ralentissement dû à la préparation du PRO.DE.S.S est dépassé, il est clairement nécessaire d'atteindre une bien plus grande partie de la population, et particulièrement des plus pauvres et vulnérables parmi elle. Cela veut dire accélérer la mise en œuvre – et éviter de nouveaux ralentissements au moment de la préparation de la prochaine phase.

b) Mortalité maternelle

Selon l'EDS III le taux de mortalité maternelle est estimé entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes ce qui apparaît toujours élevé et pratiquement inchangé par rapport au taux de l'EDS II . L'analyse des résultats de l'EDS III montre que le comportement procréateur constitue un risque important car la fécondité reste extrêmement élevée (l'indice synthétique de fécondité est

d' environ de 6,6) Il existe également un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle inter-général court.

2.1.4. GOULOTS D' ETRANGLEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE

Le point central dans cette discussion est celui des différentes contraintes et goulots d'étranglement qui limitent les possibilités et la rapidité de l'extension de la mise en oeuvre.

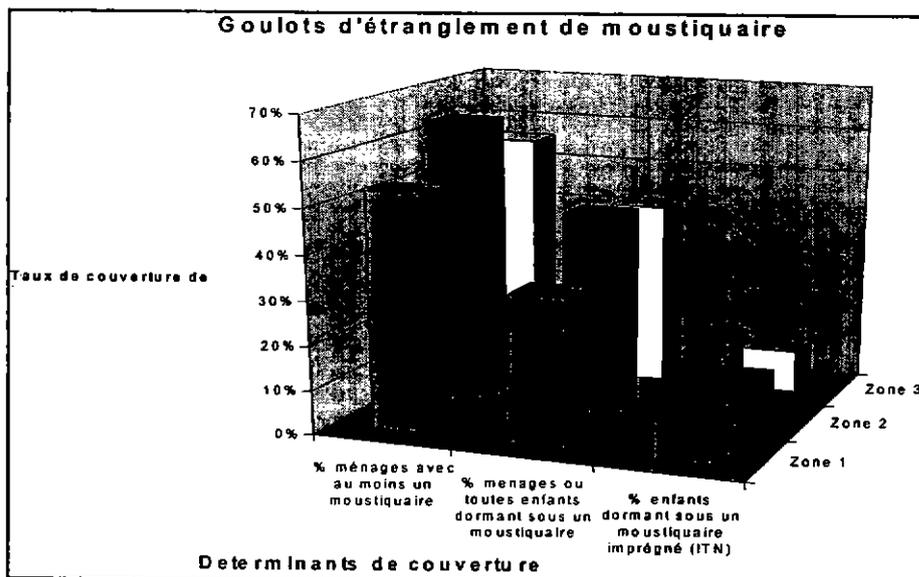
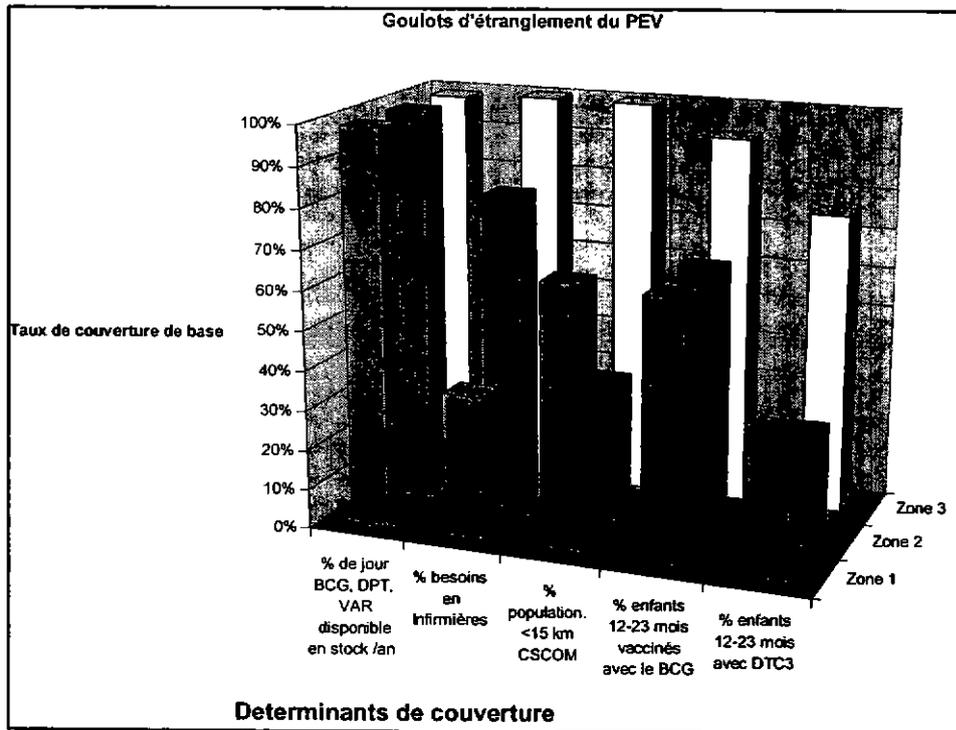
Le document d'analyse de la situation sanitaire- santé et pauvreté de Septembre 2001 a fait ressortir toutes les informations relatives aux facteurs influençant l'état de santé, et les indicateurs de santé et de population disponibles à ce moment.³ Il a clairement montré que surtout parmi les populations les plus pauvres, l'efficacité de l'action sanitaire est réduite par les goulots d'étranglement que constituent d'abord le faible accès aux soins et la pénurie de ressources humaines. Ces goulots d'étranglement et ces contraintes jouent un rôle, pour tous les aspects de l'action sanitaire à des degrés divers : du curatif à la vaccination, de l'urgence obstétricale à la prévention du SIDA, de l'utilisation des condoms à l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Ils sont plus fréquents, plus importants et peuvent entraîner des conséquences négatives dans les régions les plus pauvres. Afin d'accélérer la couverture sanitaire, augmenter la production de santé et améliorer l'état de santé (et ses indicateurs), il faut pouvoir lever une série d'obstacles systémiques dans les régions les plus pauvres.

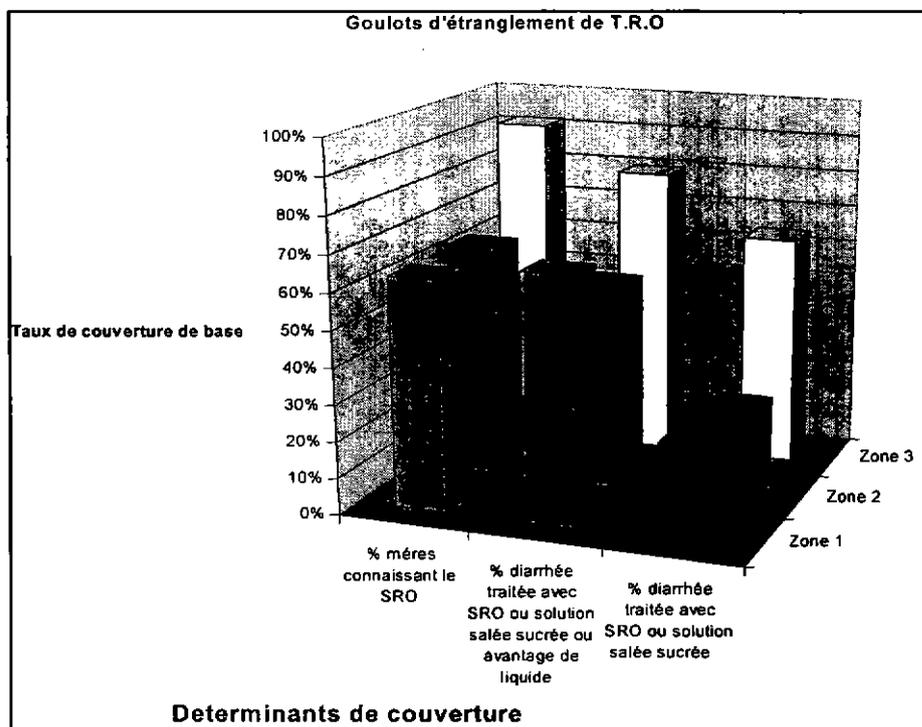
Cette analyse montre que les facteurs les plus limitant pour une couverture effective plus grande sont l'accès et le personnel.

a) La situation géographique du Mali est telle que des problèmes d'accès persisteront certainement dans les années à venir. Malgré le nombre limité de centres de santé nécessaires, les objectifs de programmation ne sont pas atteints. Cependant, il existe des possibilités d'augmenter de façon considérable cet accès aux soins à travers la combinaison de stratégies :

- une extension du réseau fixe, notamment en subsidiant la création de CSCOM dans des zones à population dispersée qui jusqu'à présent seraient classées comme non-viables en autofinancement, précisément à cause de leur dispersion ;
- une intensification des activités avancées et mobiles ;
- un appel plus grand à ce que les ménages et les communautés peuvent faire elles-mêmes.

³ Ministère de la Santé. Santé et Pauvreté. Document d'analyse de la situation sanitaire. Septembre 2001. 71 pp. Disponible au MS.





b) La pénurie de **personnel** constitue l'autre grande contrainte qui limite l'accès. Le personnel de santé est de façon générale réticent à exercer dans les zones défavorisées où les perspectives de rémunérations complémentaires dans le secteur privé et d'accès aux infrastructures sont peu attrayantes. Dans les zones du pays où les populations sont dispersées et en partie nomades, les besoins en personnel technique sont encore plus importants. De façon générale, la disponibilité en personnel infirmier est très insuffisante dans les régions les plus pauvres avec un infirmier pour 8000 à 14 000 habitants au moment où on compte un infirmier pour 2400 habitants à Bamako. La dotation en infirmiers est de loin inférieure aux prévisions dans les régions sauf à Bamako où il y a 2,8 fois plus que nécessaire. Toutes les régions sauf Gao et Tombouctou ont deux fois moins d'infirmiers que prévu.

A ce niveau aussi nos objectifs de programmation ne sont pas encore atteints. Une série de mesures peut alléger la situation à court terme. Cependant il est possible de rendre l'emploi au niveau du CSCOM plus attractif et plus compétitif en améliorant les conditions de l'emploi et du travail. Ces mesures permettront d'améliorer la disponibilité du personnel dans ces zones pauvres. En dépit de ces mesures, le nombre d'infirmiers et de médecins sur le marché du travail reste insuffisant pour satisfaire aux besoins du pays.

c) **La disponibilité en médicaments et en matériel** : malgré une acuité moins importante de cette problématique, il faudra néanmoins résorber les déficits qui subsistent dans 10% des cas, et faire en sorte que l'intendance (médicaments, matériels...) suive l'extension de la couverture sanitaire.

Bien que moins documentés, il est clair qu'il existe des goulots d'étranglement perceptibles au niveau de la qualité et de la continuité des soins, ainsi que de l'exécution des programmes de contrôle des maladies.

d) Qualité et continuité : l'insuffisance d'indicateurs sur la qualité ne permet pas d'apprécier les obstacles systémiques qui en découlent. De façon générale de nombreux problèmes de qualité sont évoqués : faible intégration des activités, insuffisance de monitoring, de supervision, de suivi/évaluation et de recherche opérationnelle, faible utilisation des résultats des recherches opérationnelles, faible prise en charge de la problématique de la pauvreté.

Avec le type de personnel dont on dispose, il y a des limites dans la qualité et la continuité des soins. Cependant, des progrès permettant d'obtenir plus de résultats avec l'investissement sur le réseau-personnel-médicaments-matériel sont possibles.

e) Participation : un dernier goulot d'étranglement est celui de la participation des populations à la planification et à la gestion des services de santé. Malgré qu'il s'agisse d'un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne, de nombreux problèmes sont rencontrés dans la mise en œuvre de cette approche :

- les collectivités territoriales décentralisées ne maîtrisent souvent pas la politique sectorielle de santé ;
- les structures de gestion communautaires sont souvent peu représentatives ;
- les pauvres et surtout les femmes et les jeunes sont très peu impliqués dans les organes de gestion des structures de soins ;
- les structures de gestion communautaires se sont surtout impliquées dans les activités de gestion des services et des financements mais beaucoup moins dans la mise en place d'actions de santé communautaires ;
- les jeunes notamment les adolescent(e)s ne participent presque pas aux initiatives de développement, encore moins à la prise de décision relative à la jouissance de leur droit à la santé, à l'identification des problèmes de santé qui les affectent ainsi qu'à la recherche des solutions à y appliquer ;
- le poids des facteurs socioculturels dans les comportements pour la santé est encore élevé et la stigmatisation des personnes infectées par le VIH ou la tuberculose persiste au sein de la communauté.

L'analyse de la situation faite en septembre 2001 permet d'apprécier l'importance relative de ces différents obstacles par région. L'effort du système devra maintenant porter sur des tentatives visant à surmonter ces obstacles, en combinant un travail au niveau systémique et au niveau local.

2.2. ANALYSE DE LA DEPENSE PUBLIQUE DE SANTE

La programmation sanitaire au Mali se fait dans le cadre d'un budget-programme intégrant les structures du Département à tous les niveaux (central, régional) ; ceci constitue une évolution importante vers la performance du secteur santé en terme

de meilleure utilisation des ressources qu'elles soient humaines, matérielles et financières.

Cette programmation se fait selon les orientations du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social pour la période 1998 – 2007, avec une planification à moyen terme dans le cadre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRO.DE.S.S) 1998 - 2002.

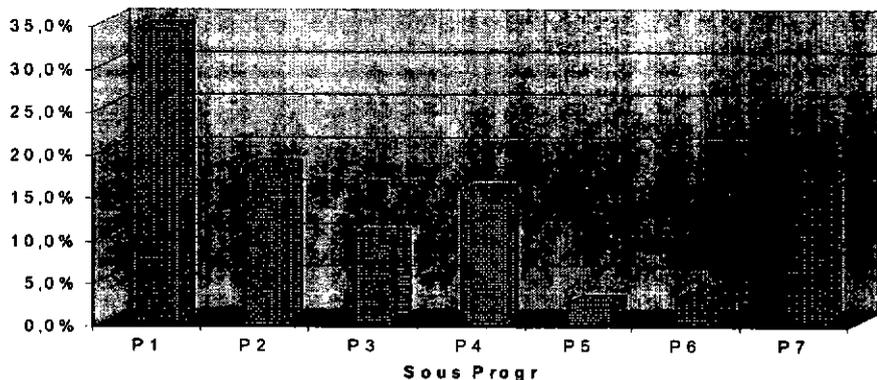
Cependant, cette programmation à moyen et long terme ne permettait pas facilement de faire les liens entre les ressources utilisées et les indicateurs de résultats (accès, couvertures, utilisation) intermédiaires sur la voie de l'amélioration des indicateurs d'impact (morbidités et mortalités, ..).

En effet, les Plans Opérationnels se constituaient essentiellement d'un ou de deux programmes absorbant plus de 80 % des ressources planifiées ; ce qui rendait quasi-impossible l'analyse de l'utilisation des ressources et résultats obtenus, l'évaluation de la performance des stratégies adoptées, des actions mises en œuvre, et de la capacité d'absorption efficiente des unités d'exécution. La mise en œuvre du Cadre de Dépenses à Moyen Terme devra permettre plus aisément un suivi de la dépense publique de santé dans le cadre d'une évaluation de la performance.

Par ailleurs, l'analyse de la programmation de 2002 permet de dégager les constats relatifs à l'allocation des ressources financières en terme de nature de dépense, de niveau bénéficiaire et de sous-programmes spécifiques ; ce qui permet de donner des axes d'orientations pour un équilibre plus efficient de la dépense en santé pour les années à venir.

2.2.1. Importance relative des programmes (de P1 à P7) dans le PO 2002:

Part Relative des Sous Programmes



- ✓ L'importance des programmes **accès (P1)** et **renforcement des capacités (P7)** devrait permettre de jeter les bases d'un développement du système sanitaire nécessaire à la mise en œuvre d'activités essentielles à l'atteinte des

PDDSE

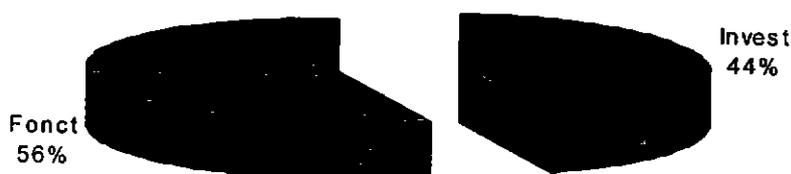
X

objectifs ; leur part relative devra connaître une baisse progressive dans le cadre d'une augmentation des montants bruts des allocations respectives ;

- ✓ La **disponibilité des ressources humaines (P2)** et des **ressources matérielles (P3)** ainsi que la **lutte contre la maladie (P4)** devront se maintenir en accroissement afin de garantir la durabilité des résultats (voir plus bas) ;

2.2.2. Equilibre du ratio investissement sur fonctionnement

INV / FONCT DU PO 2002

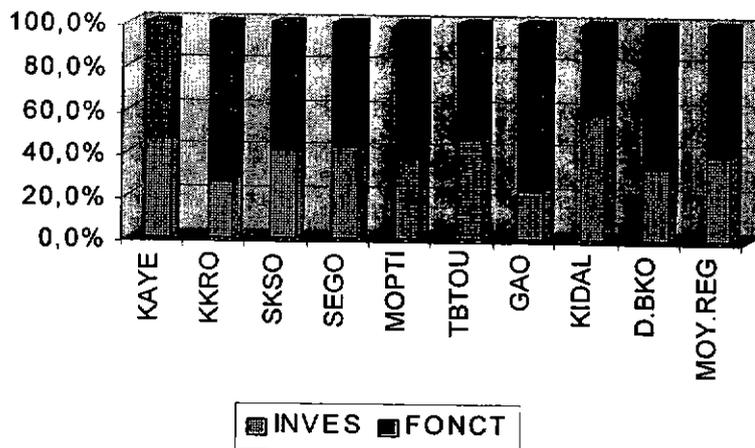


L'équilibre apparent entre investissement et fonctionnement est en faveur d'une efficacité de la dépense de santé ; il devra évoluer vers un ratio investissement sur fonctionnement d'environ 0,6. Il faut noter que toutes les dépenses « médicaments et consommables » ont été comptabilisées dans le fonctionnement, alors qu'une part non négligeable est destinée à des renforcements de fonds de roulement souvent considéré comme de l'investissement.

C'est aussi le cas de la plupart des formations, recyclages et voyages d'étude qui ont été retenus dans le fonctionnement alors que ces activités sont habituellement considérées comme investissement dans le domaine des ressources humaines.

Malgré une variation dans le ratio investissement sur fonctionnement entre les régions, la moyenne régionale reste favorable à une dépense efficiente en santé, avec un ratio de 0,4. Le programme futur devra veiller à maintenir ce niveau afin de renforcer les activités de mise en œuvre (activités avancées et mobiles, supervision), de permettre la prise en charge de la ressource humaine et d'assurer une bonne maintenance des équipements.

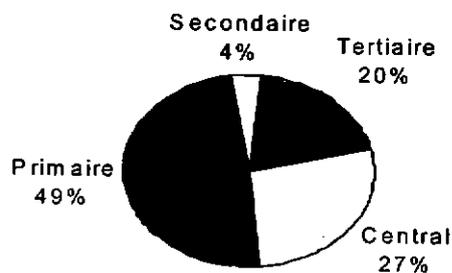
DEP.REG: % INVES ET FONCT



2.2.3. Allocation de la dépense par niveau :

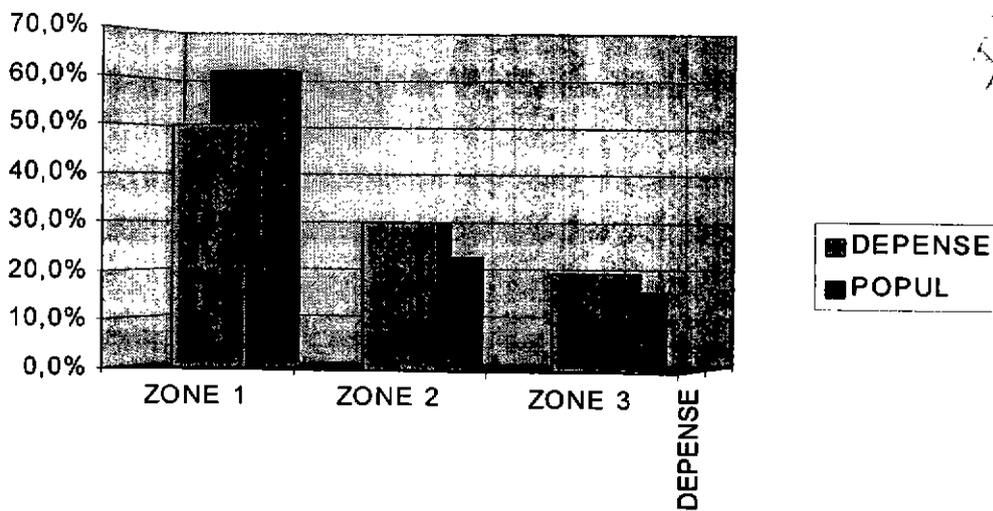
Malgré l'importance relative du niveau primaire, le niveau secondaire reste pratiquement négligeable avec moins de 5% du financement du secteur ; ceci constitue un véritable handicap pour les structures secondaires qui restent indispensables à la coordination et à la prise en charge efficace des programmes régionaux.

PO PAR NIVEAU BENEFICIAIRE



Ainsi, il sera nécessaire de renforcer la part globale « primaire et secondaire » afin de la porter de 53% à près de 75%, et de faire baisser la part relative du niveau central à moins de 20% .

2.2.4. Dépense par niveau de pauvreté :



INERD
de quoi...
concernant...

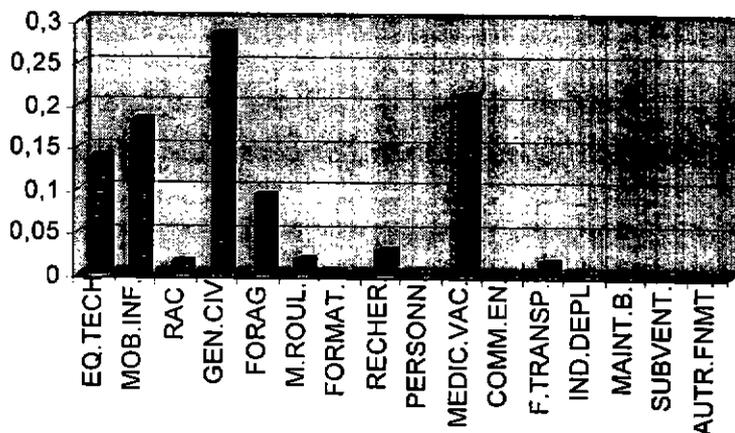
La zone 1, qui est la zone la plus pauvre, connaît une dépense relative par habitant inférieure aux deux autres zones considérées moins pauvres ; il s'agit là d'une situation incompatible avec les orientations du CSLP et de sa composante santé. Les allocations futures des ressources devront favoriser les zones pauvres afin de permettre la mise en œuvre de stratégies visant en particulier la réduction des indicateurs dans les franges les plus pauvres ; en effet, l'analyse de situation ci-dessus (voir 2.1.) montre un gradient prononcé entre les indicateurs de santé des quintiles les plus pauvres et les plus riches.

Une action mieux ciblée sur ces franges pauvres permettra une meilleure amélioration des indicateurs nationaux à travers une réduction des mortalités et morbidités dans ces groupes les plus frappés.

2.2.5. Analyse par sous-programme :

2.2.5.1. Programme 1 : Améliorer l'accès géographique :

DEPENSES SUR L'ACCES

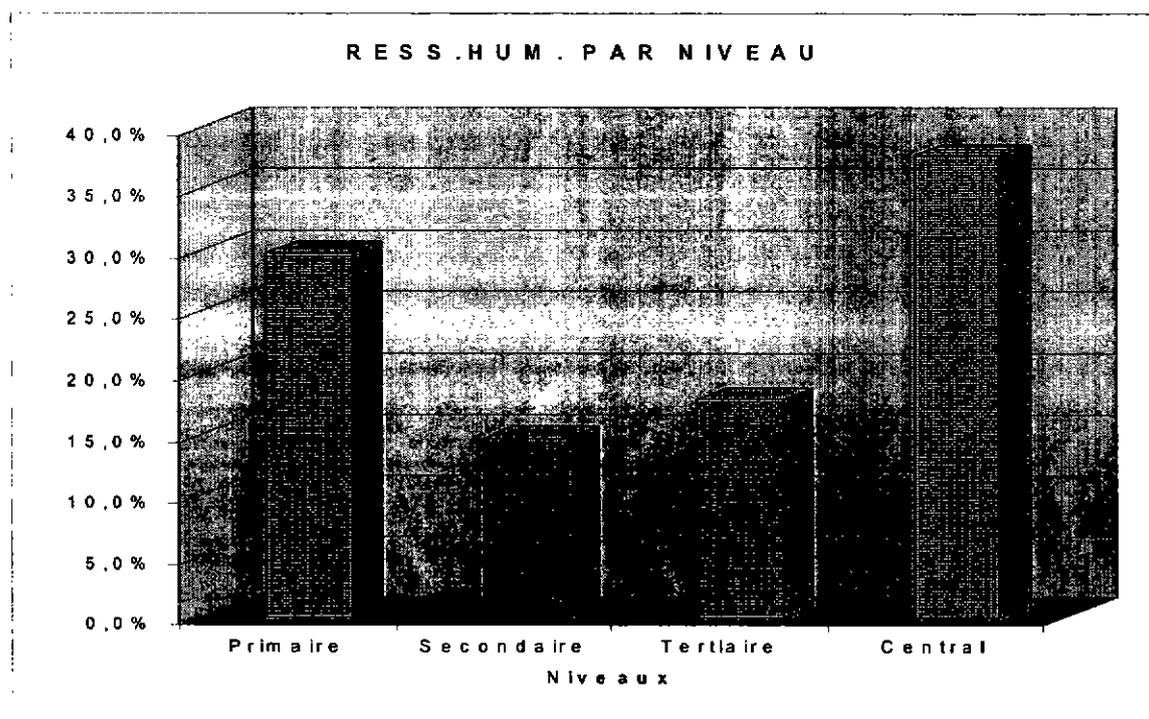


Le diagramme ci-dessus détaille les différentes rubriques du premier sous-programme ; sa structure paraît logique dans le cadre du renforcement de l'accès aux structures de santé ; cependant, deux points méritent d'être soulignés :

- Le niveau élevé de la rubrique « médicaments, vaccins et fonctionnement courant » serait dû aux activités de fonctionnement accompagnant le génie civil et les différentes acquisitions ; cet effort devra être maintenu de manière cohérente afin de garantir un meilleur rendement de ces investissements ;
- Le niveau bas du « matériel roulant » justifie le renforcement dans l'acquisition de véhicules 4X4 et de motos tout terrain afin de porter les services de santé aux populations reculées dont les densités ne justifieraient pas la mise en place proche de structures fixes.

2.2.5.2. Programme 2 : Assurer la disponibilité de ressources humaines efficaces :

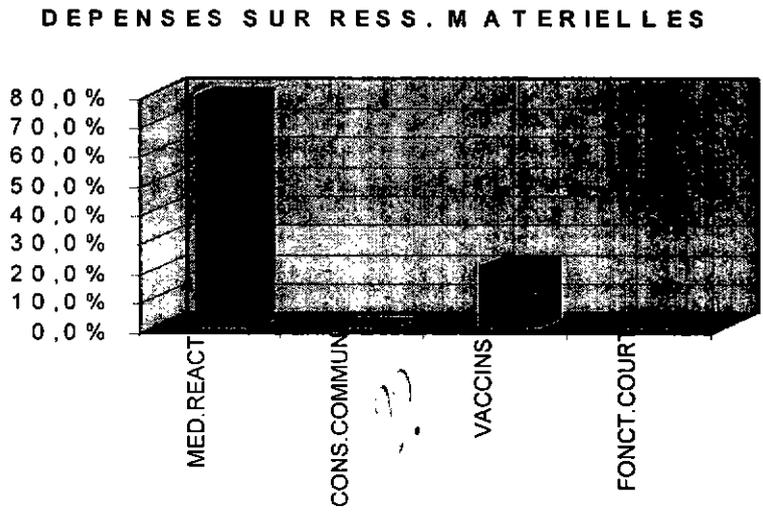
La structure du sous-programme « ressources humaines » reste centrée sur les dépenses salariales (personnel) et la formation de base.



L'analyse de la dépense allouée à la disponibilité des ressources humaines montre que plus de 35% ont bénéficié aux institutions centrales (Ministère de la santé, institutions de coordination) ; ce déséquilibre ne semble pas favorable à une efficacité et devrait être analysé en profondeur dans le cadre d'un programme de développement de la ressource humaine axé sur la performance. Il faut signaler toute l'importance de cette dimension pour l'atteinte des objectifs assignés au secteur. En effet, la lutte contre les mortalités maternelle et infantile passe

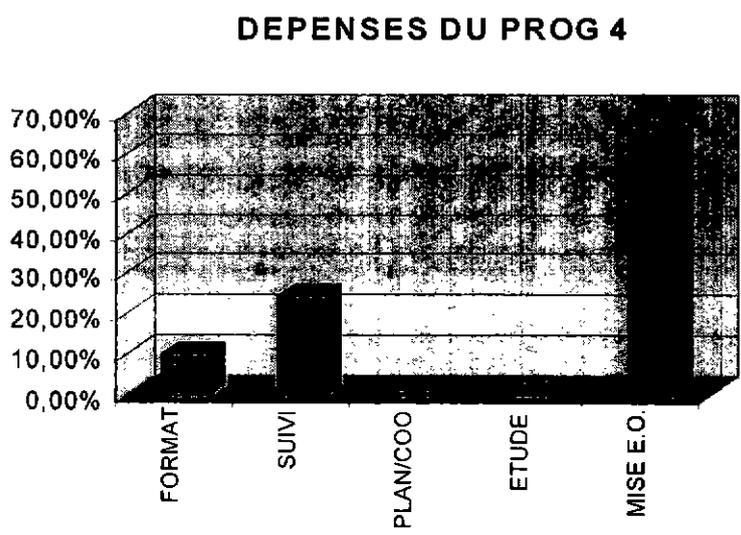
inévitablement par la mise en œuvre, à tous les niveaux, d'un ensemble de stratégies (préventives et curatives) ; la non-disponibilité de ressources humaines efficaces au niveau périphérique et dans les zones reculées et pauvres hypothèque lourdement cette mise en œuvre, et par delà l'atteinte des objectifs du secteur.

2.2.5.3. Programme 3 : Assurer la disponibilité de ressources matérielles de qualité :



Cet important sous-programme a constitué en 2002 moins de 10% des allocations financières du secteur ; ces intrants restent cependant essentiels pour le fonctionnement efficace du système de santé, ils devront ainsi bénéficier d'une attention particulière, et leur part relative devra connaître une augmentation progressive visant l'accompagnement et la rentabilisation des efforts menés au niveau des sous programmes précédents.

2.2.5.2. Programme 4 : Améliorer la qualité, soutenir la demande et lutter contre la maladie :

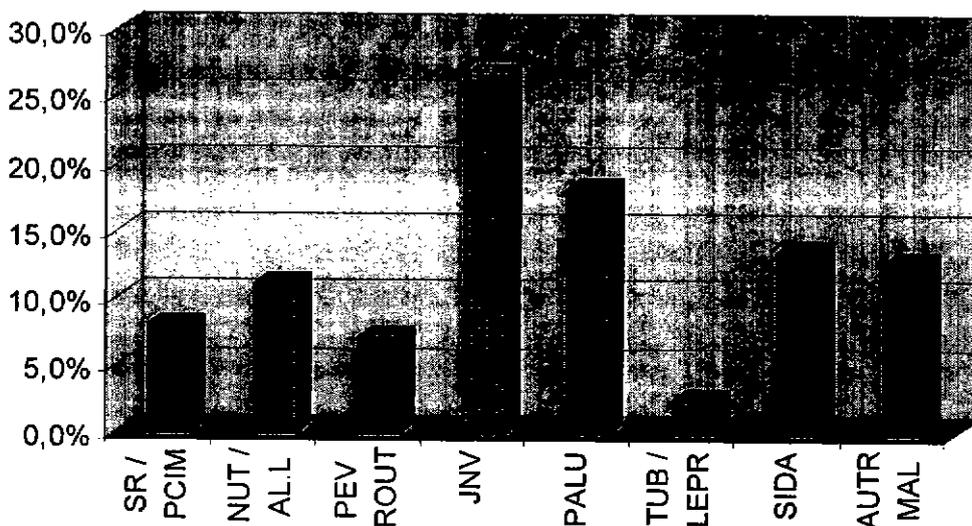


Les activités retenues dans le cadre de l'amélioration de la qualité, du renforcement de la demande et de la lutte contre la maladie se limitent à la formation, à la mise en œuvre et au suivi/évaluation ; la recherche a été retenue au niveau du sous-programme 6.

La mise en œuvre de ce Programme devra permettre une amélioration de la qualité des prestations et une meilleure utilisation des services de santé par les populations, tous deux facteurs indispensables à une amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité liée à la maladie.

Ce programme devra garder une importance particulière dans l'allocation des ressources, et de façon croissante afin de rentabiliser au maximum les investissements réalisés au niveau des trois programmes précédents.

Sous Programmes Spécifiques



L'analyse de l'allocation en 2002 par volet de ce programme montre cependant des disparités qui devront retenir l'attention dans le future.

La faible proportion de financement allouée à la SR/PECIME et au PEV de routine (activités fixes, avancées et mobiles) devrait faire l'objet d'attention particulière dans le cadre d'une lutte efficace contre les mortalités maternelle et infantile ; l'organisation de JNV dans le cadre de campagnes internationales et sous-régionales ne devrait pas se faire au détriment des activités durables de vaccination.

Le Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre ainsi que la lutte contre les autres maladies devront bénéficier d'une augmentation de leurs inscriptions financières afin de permettre un réel control de leur propagation et de leurs effets en particulier sur les couches les plus pauvres, tout en maintenant les niveaux des programmes de lutte contre le paludisme et le SIDA.

3. RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA COMPOSANTE SANTE POPULATION DU CSLP

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté s'attache dans le secteur santé à lever les obstacles systémiques ou causes sous-jacentes liées à l'accès aux services de santé, au manque de disponibilité ou à l'insuffisance en personnel, au manque de médicaments et de consommables, à l'utilisation, la continuité et la qualité des services curatifs, préventifs et promotionnels.

Il prendra en compte le développement des stratégies spécifiques et ciblées pour rendre les services disponibles et accessibles dans les structures publiques et communautaires et à cibler les zones déshéritées pour l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Le Ministère de la santé a la volonté de renforcer et d'accélérer la mise en œuvre des activités dans les régions où au moins 50% des populations sont pauvres et/ou dans lesquelles les indicateurs de santé sont extrêmement bas.

Des stratégies de soutien intense à ces régions sont de nature à améliorer de façon significative les indicateurs de santé du Mali en particulier chez les plus pauvres.

Globalement les stratégies à adopter doivent viser à améliorer les indicateurs de santé des populations maliennes en général et en particulier des plus pauvres. Ces stratégies devront cibler spécifiquement :

- la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et des carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles

Les approches en milieu rural qui doivent encore se focaliser sur la mise à disposition et l'utilisation de paquets d'interventions essentielles et renforcer l'offre de santé. En milieu urbain des approches plus multisectorielles incluant des activités de lutte contre la malnutrition et de prévention du VIH/SIDA devront être développées dans les quartiers les plus pauvres de Bamako et dans les autres villes.

Ce sont des stratégies de production de santé qui devront être développées au niveau ménage et communautaire ainsi qu'au niveau système de soins de santé, avec un accent particulier sur les stratégies du niveau district sanitaire aussi bien dans les structures fixes qu'en stratégies avancées et mobiles. Elles sont soutenues par des stratégies de recentrage des politiques de santé et de population, qui doivent créer les conditions dans lesquelles les stratégies de production de santé peuvent devenir opérationnelles.

3.1. STRATEGIES DE PRODUCTION DE SANTE

3.1.1. STRATEGIES AU NIVEAU MENAGE ET COMMUNAUTAIRE

Les stratégies du niveau communautaire s'articulent autour de quatre grands axes :

- l'amélioration de l'environnement économique et social ;
- le changement de comportement des ménages et des communautés ;
- la protection du revenu des ménages ;
- l'amélioration de la participation des pauvres, des femmes et des jeunes.

3.1.1.1. DES STRATEGIES POUR AMELIORER L'ENVIRONNEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL

Cinq stratégies clés d'amélioration de l'environnement économique et social doivent être appuyées par l'action gouvernementale au niveau des ménages et des communautés :

- a) La mise en place de paquets minimums d'activités de santé dans les secteurs autres que le secteur santé notamment les activités de lutte contre le VIH/SIDA et de lutte contre la malnutrition. Certaines activités seront tout particulièrement développées et/ou renforcées dans le secteur éducation avec définition d'un paquet minimum d'informations à passer aux filles et garçons dans les écoles du premier et deuxième cycle (lavage des mains, utilisation de moustiquaire imprégnée, éducation à la vie familiale, santé de la reproduction) en développant un curriculum pour chaque année d'étude.
- b) L'accélération de l'extension de la couverture en eau potable des zones défavorisées
- c) L'amélioration de l'éducation des filles en particulier au niveau du primaire
- d) L'amélioration du revenu des femmes et plus généralement par la création des opportunités économiques
- e) L'aménagement des pistes rurales en vue de faciliter l'accès aux services de santé et contribuer au désenclavement.

3.1.1.2. DES STRATEGIES POUR RENDRE ADEQUAT LE COMPORTEMENT DES MENAGES ET DES COMMUNAUTES

- a) Information Education Communication et mobilisation sociale : Les stratégies de communication pour le changement de comportement viseront à augmenter la couverture des ménages les plus pauvres avec un paquet d'information. Le paquet minimum d'information pour le niveau ménage est défini comme suit :
 - lavage des mains,
 - des ustensiles,
 - utilisation de canaris à robinet,

- utilisation de latrines,
- gestion des ordures,
- vaccination des enfants,
- allaitement maternel exclusif,
- gestion de la période de sevrage et des pratiques d'allaitement par la promotion de l'utilisation des farines infantiles,
- le développement des activités nutritionnelles dans le PMA offert dans les structures du premier niveau, la conduite à tenir en cas de fièvre et/ou de diarrhée/ toux, etc. Le service national IEC sera étoffé et structuré.

L'expertise en communication pour un changement de comportement sera développée. Le CNI ECS (centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé) sera professionnalisé pour devenir un centre d'expertise de communication pour le changement de comportement en utilisant une approche intégrée.

b) Les médias modernes et traditionnels notamment de proximité seront davantage mis à contribution. Une ligne téléphonique « ligne verte » sera mise à la disposition des populations pour leur permettre de demander des informations sur leur état de santé notamment le SIDA.

c) Renforcement de l'approche communautaire : Les aspects de santé communautaires seront renforcés, en particulier dans les régions où au moins 50% de la population sont des pauvres et celles à faible couverture sanitaire. La subvention de l'Etat sera augmentée dans ces zones en particulier la prise en charge des salaires du personnel de santé pour les CSCOM. Les stratégies avancée et mobile seront systématiquement organisées avec mise à disposition d'un paquet minimum d'activités aux populations vivant à plus de 5Km d'un centre de santé.

Ce paquet minimum inclut le PEV, la supplémentation en micro-nutriments, la consultation prénatale, le planning familial et la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, etc....

Les éléments clés de l'approche communautaire seront définis : par exemple utilisation des services, dépistage actif pour le rattrapage de la déperdition au PEV et de la CPN, participation massive au dépistage actif de la trypanosomiase, visites à domicile pour les actions de prévention, actions communautaires contre le SIDA (disponibilité et monitoring de préservatifs dans les bars, information des jeunes filles sur les comportements à risque etc....).

d) Contrat de performance et monitoring à base communautaire : Des approches contractuelles seront développées avec toutes les parties prenantes à savoir les collectivités territoriales, les communautés organisées, les ONG et les structures de l'état. Il sera procédé à la définition des rôles et responsabilités des parties concernées. La mise en œuvre de ce contrat de performance sera suivie et évaluée sur la base d'indicateurs de performance en terme de changement de comportement des ménages. L'approche contractuelle avec les communautés, actuellement testée pour les activités de vaccination sera élargie aux autres activités de soins de santé.

- e) Développement de l'interface entre les services de santé et les populations avec mise en place de partenariats. La mise en place de l' « Initiative un Cercle, une ONG » sera accélérée en mettant un accent particulier sur la lutte contre le SIDA et la réduction de la malnutrition. Cette initiative sera en outre dans le cadre de la collaboration intersectorielle notamment avec le département de l'agriculture, le Développement Social, l'Hydraulique, la Promotion de la Femme, le Département des Infrastructures routières et de l'éducation.

3.1.1.3. DES STRATEGIES POUR PROTEGER LES REVENUS DES MENAGES

- a) Augmentation de la dotation et ré allocation budgétaires de l'Etat à la santé en faveur des régions pauvres en particulier pour la prise en charge des dépenses de fonctionnement qui aujourd'hui sont inégalement réparties; l'Etat devra dans les années à venir augmenter la subvention aux services de santé essentiels, en particulier aux actions de santé publiques et aux activités contribuant à la diminution de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile dans les zones défavorisées.
- b) Révision des systèmes de tarification et fixation des tarifs des services publics et associatifs pour les activités de santé essentielles. Le système de recouvrement de coût sera revu pour être plus favorable aux groupes les plus défavorisés (pauvres, enfants, femmes enceintes etc..)
- c) Développement des stratégies d'accessibilité financière aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : ces stratégies seront développées à l'issue d'études sur l'accessibilité financière/rationalisation des coûts. Les communautés pourront également bénéficier de subventions pour la prise en charge des groupes vulnérables et/ou des pauvres

3.1.1.4. DES STRATEGIES CLES POUR AMELIORER LA PARTICIPATION

- a) Renforcement de la capacité de gestion des Associations de Santé Communautaire et des municipalités. La convention d'assistance mutuelle entre l'Etat et l'ASACO sera revue pour prendre en compte les collectivités territoriales. Un soutien sera apporté aux ASACO sur plusieurs plans : mise en place de systèmes de comptabilité, mise en place de systèmes de monitoring local de la performance en terme de couverture avec les services de santé. Renforcement des capacités du personnel sanitaire et comptable ;
- b) Promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres dans les comités de gestion des centres de santé communautaire.
- c) Participation des groupes plus spécifiques (PVVIH/SIDA, handicapés, les malades chroniques, les adolescents, etc.) dans la promotion de la santé.

Un accent sera mis sur la participation des jeunes à travers la création de centres/conseils polyvalents.

3.1.2. STRATEGIES POUR AMELIORER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE

Afin d'améliorer l'accès des pauvres aux soins de santé de qualité, les stratégies s'articuleront autour des aspects liés à l'offre, à la demande, à l'utilisation et à la qualité des services de santé.

3.1.2.1. DES STRATEGIES POUR AMELIORER L'ACCES GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE

Les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'accès géographique aux services de santé seront développées autour de quatre axes majeurs :

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

Il reste entendu que la mise en œuvre de ces stratégies tiendra compte essentiellement de l'incidence de la pauvreté et du taux de couverture sanitaire dans chaque zone : pour les zones où la couverture sanitaire est moins de 50% dans un rayon de 15 km les quatre axes stratégiques seront appliqués ; pour les zones où la couverture sanitaire dépasse 50%, priorité sera accordée à la consolidation de l'existant et au soutien à la stratégie mobile.

3.1.2.2. DES STRATEGIES POUR AMELIORER L'UTILISATION, LA PERFORMANCE ET LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

Les stratégies à mettre en œuvre dans ce cadre incluent :

- Le renforcement du plateau technique
- Le développement et la gestion des ressources humaines
- L'application des normes et techniques standards au double plan des ressources matérielles, financières
- La supervision

- La formation continue
- L'intégration des services
- Le développement de la recherche action
- La Promotion des contrats de performance avec les ASACO et les collectivités décentralisées
- Les Contractualisations avec les ONG et associations, les privées et les communes pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle.
- La Promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle
- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops chloroquine et cotrimoxazole)
- Renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux
- Le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH
- Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins

3.1.2.3. DES STRATEGIES POUR AMELIORER LA DISPONIBILITE ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ESSENTIELLES DANS LE SECTEUR SANTE

P2
81

- Le recrutement de personnel contractuel en particulier infirmiers polyvalents et médecins par les communes sur les subventions des ressources PPTTE du secteur de la santé
- Le renforcement des capacités en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations)
- La formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels
- L'instauration de système de motivation du personnel sanitaire fonctionnaire et contractuel à travailler dans les zones rurales en particulier les plus éloignées des centres urbains et les plus défavorisées : développement d'une stratégie d'incitation financière et non financière pour les travailleurs des zones défavorisées
- L'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance
- La réalisation de logements d'astreinte pour les infirmiers et médecins des zones rurales défavorisées

- La disponibilité de matrones dans tous les centres de santé communautaire.
- La formation et recyclage des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des aides - soignants et des gérants au niveau des formations sanitaires

3.2. STRATEGIES POUR AMELIORER LES POLITIQUES DE SANTE / CREER DES CONDITIONS FAVORABLES A LA PRODUCTION DE SANTE

a) Un financement privilégiant les pauvres

Pour que le financement du secteur santé prenne plus qu'auparavant en compte les besoins des plus pauvres, le MS propose d'obtenir :

- L'allocation équitable des ressources financières, humaines et matérielles sur la base des besoins et des performances en ciblant les régions et les groupes socio-économiques défavorisés ;
- L'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que le prix des services PECIME ;
- L'augmentation de la subvention publique aux régions et groupes les plus vulnérables
- La participation des communes au financement de la santé à au moins 15% de leur budget ;
- L'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti retro - viraux ;
- Le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources complémentaires au secteur de la santé aux niveaux interne et externe.

b) Le développement des ressources humaines

La mise en œuvre de la réforme en matière de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé notamment à travers :

- La régionalisation des écoles de formations professionnelles de santé
- Le soutien à la formation du personnel paramédical du secteur privé
- La poursuite de la mise en œuvre du système de contractualisation du personnel de la santé au niveau des communes
- La création d'une direction des ressources humaines.

c) Politique de population

La lutte contre la pauvreté inclut un meilleur équilibre entre la dynamique de la population et le développement économique et social. Cet équilibre passe par les stratégies suivantes :

- L'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement
- La réduction des inégalités et le respect du genre dans les politiques de développement

- L'amélioration de la coordination intra et intersectorielle de la mise en œuvre des programmes de population
- Le renforcement des mesures de prévention contre le VIH/SIDA en ciblant les groupes de population les plus exposés aux facteurs de risque notamment, les jeunes et adolescents, les routiers, les professionnels du sexe, les migrants, les porteurs d'uniforme, les guides touristique, les touristes, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH

d) L'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système

➤ **Maîtrise et connaissance du système de santé**

- Le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
- Le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
- Améliorer l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification

➤ **Améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires**

- Coordonner et évaluer le PRO.DE.S.S en impliquant les autres acteurs
- Monitorer et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.)
- Coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP
- Améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG

➤ **Promouvoir la redevabilité des structures sanitaires, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations**

- Etudier la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs
- Créer une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.

4. LE CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME : PRINCIPES

4.1. L'IMPORTANCE DU CDMT POUR LE MINISTERE DE LA SANTE

Le cadre de dépenses à moyen terme est important pour les raisons suivantes:

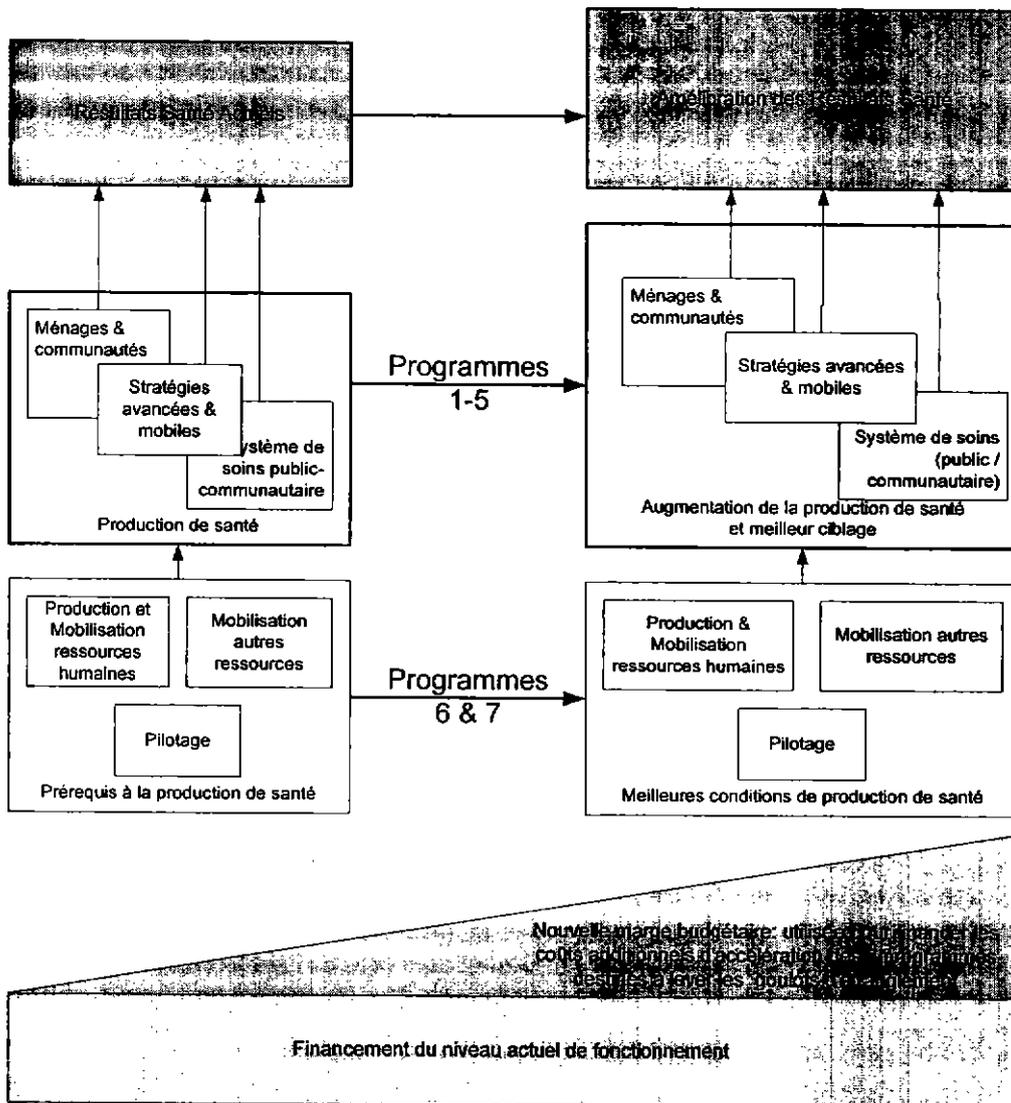
- D'abord parce que les ressources financières mises à la disposition de la Santé par l'Etat et ses partenaires seront en expansion nette dans les années à venir, et que pour pouvoir en tirer profit il faut dès à présent cadrer les efforts de planification. Le chapitre 6 montre qu'on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'effort combiné de l'Etat et de ses partenaires permette de passer d'un budget toutes sources confondues de 52,7 milliards FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards en 2007 ;
- Ensuite, parce que le cadre de dépenses à moyen terme peut fournir le mécanisme de continuité à la programmation au cas où la préparation de la prochaine phase du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) accuserait du retard. Ainsi ce cadre permettra d'éviter la perturbation de la planification et la stagnation des activités qui ont accompagné la précédente phase de préparation ;
- L'architecture de ce cadre de dépenses à moyen terme basée essentiellement sur celle de la composante santé-population du cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté, préfigure l'architecture de la deuxième tranche du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social ;
- Parce qu'il se place dans le cadre de la réforme de la gestion publique en cours au Mali. Les façons traditionnelles de constituer les budgets (extrapolation du passé et/ou synthèse des PO) sont arrivées à un niveau de rentabilité décroissante à l'heure où la mise en œuvre de la politique sectorielle doit trouver son second souffle. La vision des réformes de la gestion des dépenses publiques au Mali prévoit de passer d'un système basé sur le seul contrôle des dépenses à un système basé sur la recherche de l'efficacité des dépenses et le suivi des résultats.
- Les dépenses doivent permettre d'obtenir des résultats. Il ne s'agit plus seulement de financer les PMA, mais il faut des programmes pour lever les goulots d'étranglement. Le contexte budgétaire des dernières années était marqué essentiellement par le besoin de mobiliser des ressources dans un cadre de restriction budgétaire. La situation actuelle est plus favorable : il y a une possibilité d'extension du budget. Plutôt que de l'utiliser en prévoyant une augmentation linéaire des différents postes budgétaires, le Ministère de la Santé veut utiliser cette marge pour lever les contraintes politiques et opérationnelles qui limitent la fourniture de paquets de services dont on sait qu'ils peuvent faire la différence en matière de santé et d'indicateurs de santé.

5. PRINCIPAUX PROGRAMMES DU CDMT : STRATEGIES ET ACTIONS COMPLEMENTAIRES SANTE PAUVRETE

Une vue d'ensemble

Le Ministère de la Santé a décidé d'allouer la nouvelle marge budgétaire à 7 programmes dans son CDMT : cinq destinés à directement lever des goulots d'étranglement par rapport à la production de santé au niveau des ménages, des communautés et des systèmes de soins ; deux pour créer l'environnement politique pour que cela puisse se faire. Tout en étant conscient que l'état de santé ne dépend pas exclusivement de son action mais de nombreux facteurs qui ne sont pas sous son contrôle, en allouant ces budgets, le Ministère de la Santé espère pouvoir nettement augmenter la production santé, et ainsi améliorer les résultats santé. La Figure 7 donne une vue d'ensemble de comment cette approche espère relier le CDMT à l'amélioration des résultats.

Figure 7. Vue d'ensemble du lien entre CDMT et amélioration des résultats.



➤ **Cinq programmes pour améliorer la production de santé**

Ces 5 programmes sont :

- Programme 1 : Un ensemble d'actions destinées à améliorer l'accès géographique aux paquets de services essentiels
- Programme 2 : Un ensemble d'actions destinées à améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées
- Programme 3 : Un ensemble d'actions destinées à assurer la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et au prix le plus bas dans l'ensemble du territoire
- Programme 4. Un ensemble d'actions destinées, assurer la qualité des services et lutter contre les maladies.
- Programme 5. Un ensemble d'actions destinées à stimuler la demande à développer des systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé, et à renforcer la solidarité et la participation communautaire.

➤ **Deux programmes pour créer les conditions de succès de la production de santé**

- Programme 6. Réforme des hôpitaux et des institutions de recherche
- Programme 7. Un ensemble d'actions destinées à renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé pour piloter le système, et pour mobiliser les ressources humaines, financières et nécessaires à l'amélioration de la production de santé.

➤ **Objectifs généraux**

Années	Taux de mortalité infantile (°/ 00)	Taux de mortalité infanto-juvénile (°/ 00)	Taux de mortalité Néo-natale °/ 00)	Taux de Mortalité Maternelle
1995	123	238	60	
2000	113	229	57	582
2005	103	220	54	578
2010	93	211	51	574
2015	83	202	48	570
2020	73	193	45	566
2025	63	184	42	561

5.1. PROGRAMME 1: AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX PAQUETS DE SERVICES ESSENTIELS DE SANTE

Ce programme vise à améliorer l'accès aux services de santé périphériques offerts par les formations sanitaires i) en stratégie fixe, ii) en stratégie avancée ou mobile iii) à travers des activités menées au niveau communautaire et des familles.

Actuellement la situation se présente comme suit :

- a) Dans les trois zones, l'accessibilité aux activités de PF en général et aux préservatifs en particulier est moins bonnes dans les zones 1 et 2. L'accès aux CSCOM et le % de villages bénéficiant de 2 séance de VAT est relativement meilleur en zone 3 (100% au CSCOM et 90% pour le VAT) et la zone 1 (40% à moins de 15Km d'un CSCOM et 50% pour le VAT) tandis qu'en zone 2 l'accès est de 12% et le % de villages bénéficiant de 2 séances de VAT est de 30%.
- b) Les enfants des trois zones bénéficient beaucoup plus des services décentralisés lors des JNV/campagnes de vaccination qu'au niveau des ménages. L'accès aux soins préventifs dans les CSCOM décroît de la zone 3 (100%) à la zone 2 (25%) avec une moyenne de 45% en zone1
- c) Si dans la zone3 l'accès des populations pour tous les déterminants est presque de 100%, il est de 20% en zone2 pour les populations situées à moins de 5 Km et de 30% zone 1. Cependant plus de 50% des ménages de toutes les zones connaissent le SRO
- d) Augmentation de l'accessibilité géographique en 2007: (voir Tableau Objectifs et Valeurs de base des Indicateurs de Couverture pour les Interventions Prioritaires au Mali pour les soins préventifs femmes, enfants et soins curatifs ci dessus)

5.1.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES

a) Objectifs :

Les objectifs nationaux de ce programme sont de porter :

- l'accès aux structures fixes de 41% à 50% à < 5km et de 66% à 80% à < 15km
- l'accès aux activités CSCOM et stratégies avancées de 67 % à 77 %
- l'accès aux activités menées au niveau ménage et communautaire de 32% à 60%

b) Stratégies

Les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'accès géographique aux services de santé seront développées autour de quatre axes majeurs :

- L'extension de la couverture : augmentation du nombre de centres de santé fournissant un paquet de services en stratégie fixe, y compris dans les zones considérées comme « non-viables ».

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

Il reste entendu que la mise en œuvre de ces stratégies tiendra compte essentiellement de l'incidence de la pauvreté et du taux de couverture sanitaire dans chaque zone : pour les zones où la couverture sanitaire est moins de 50% dans un rayon de 15 km les quatre axes stratégiques seront appliqués ; pour les zones où la couverture sanitaire dépasse 50%, priorité sera accordée à la consolidation de l'existant et au soutien à la stratégie mobile.

5.1.2. RESULTATS ATTENDUS

- Pour l'accès aux structures fixes (voir document en annexe stratégie en milieu rural et urbain) de nouveaux CSCOM seront soit réhabilités, soit construits, dans les zones 1 et 2 au rythme déterminé par la capacité de gestion des dossiers de génie civil et par la possibilité de recrutement de personnels additionnels. Pour les constructions de nouveaux CSCOM, 200 CSCOM supplémentaires sont prévus. La priorité sera donnée à la zone 1 qui inclue les régions les plus pauvres, où la population est dense et où les indicateurs de santé sont particulièrement médiocres. L'objectif visé sera d'augmenter significativement l'accès aux CSCOM entre 5 et 15 km. Les CSREF seront également construits (10) ou réhabilités (17), afin d'aboutir à la mise en place d'un CSREF par cercle.
 - Dans la zone 1, l'accès géographique aux formations sanitaires à moins de 5km sera porté de 36 à 50 %, et l'accès à moins de 15km de 66 % à 80 %, ceci impliquera la construction de 150 nouveaux CSCOM soit 38 par an. Des RACS seront fournies et remplacées pour aboutir à ce que tous les CSCOM en disposent
 - Dans la zone 2, la priorité sera donnée à la réhabilitation des anciens C.S.A pour les transformer en CSCOM; 50 de ces C.S.A seront réhabilités entre 2003 et 2007, impliquant une reconstruction pour la moitié d'entre eux. Des RACS seront fournies et remplacées pour aboutir à ce que tous les CSCOM en disposent
 - Dans la zone 3, les limites des aires de santé seront redéfinies de manière à couvrir tous les quartiers périphériques. En ce qui concerne les CSCOMs existants, 45 seront dotés d'équipement complémentaire.

Aussi, les chargés du SLIS et du PEV des 6 communes et de la DR santé seront dotés en moto T.T (14).

- Les activités de stratégie avancée et mobile (voir document en annexe stratégie en milieu rural et urbain) seront intensifiées pour aboutir à une visite par mois de chaque point de prestation.
 - En zone 2 l'accès augmentera de 50 % à 70 % suite à la priorité donnée à la stratégie avancée/mobile renforcée. Pour cela tous les cercles de cette zone disposeront d'un véhicule supplémentaire qui effectuera uniquement la stratégie mobile, et pour lequel l'équipe de cercle sera renforcée de deux infirmiers et d'un chauffeur supplémentaire
 - En zone 1, un véhicule supplémentaire pour la stratégie mobile sera également nécessaire dans les cercles des régions de Ségou et Koulikoro. Cependant dans cette zone où l'accès a moins de 15km est relativement élevé, la stratégie avancée sera privilégiée avec une visite a tous les points de stratégie avancée tous les mois. Ceci nécessitera la dotation d'une moto T.T supplémentaire⁴ par CSCOM, et ce à la condition de la mise à disposition d'1 infirmier supplémentaire.
- Pour les activités à base communautaire (voir document en annexe stratégie en milieu rural et urbain), les relais communautaires seront dotés d'une bicyclette dans les zones 1 et 2.
 - En zone 1, il est prévu 2 relais par village (Homme et Femme) soit un relais pour 1000 habitants en moyenne.
 - En zone 2, il est prévu un relais par village ou fraction, soit un relais pour 500 habitants en moyenne.
 - En zone 3, il est prévu de former 2 000 pairs éducateurs scolaires en 80 sessions. Les groupements féminins formés à l'imprégnation des moustiquaires feront également la promotion des latrines améliorées, des puisards et des moustiquaires imprégnées. Deux (2) associations par commune soit 12 au total seront dotées en kit de salubrité et en kit d'imprégnation.

5.1.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels pour ce programme sont :

- a) En terme d'investissement le financement :
 - de véhicules additionnels au niveau de 30 cercles pour la stratégie mobile
 - de 567 motos tout-terrain additionnelles pour la stratégie avancée
 - de 1344 bicyclettes pour les relais

⁴ Cette motocyclette pourra être offerte en location vente comme une prime de résultat à l'infirmier

- de la construction de 200 CSCOM supplémentaires et la réhabilitation de 25 C.S.A
 - de la construction de 10 CSREF et la réhabilitation de 17.
 - de RAC
 - des équipements médicochirurgicaux pour les soins d'urgence dans les 27 CSREF
 - de la formation/ recyclage des chauffeurs en maintenance des véhicules dans 54 cercles
 - et des équipements de stratégie mobile et avancée (glacières porte vaccins)
- b) En terme de fonctionnement, les coûts :
- de la maintenance des bâtiments
 - de la maintenance des véhicules T.T dans tous les cercles
 - et du carburant pour la stratégie mobile et avancée

L'analyse du tableau de synthèse des coûts (voir chapitre cadrage budgétaire ci dessous) montre que les coûts additionnels de ce programme s'élèvent à 85, 918 milliards de francs CFA et évoluent de manière constante par année de 2003 à 2007. 69% de ce montant est destiné aux investissements pendant que le niveau primaire est le seul bénéficiaire.

Les coûts réels de 2003 à 2007 sont estimés à 167, 871 milliards de francs CFA. Ils représentent près de 35% des coûts réels globaux.

5.2. PROGRAMME 2: AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES

Ce programme vise à améliorer la disponibilité du personnel de santé dans les services périphériques.

L'analyse des besoins en ressources humaines montre que :

- Les besoins en ressources humaines (RH) sont presque nuls en zone 3 et très importants en zone 1 et 2
- Les besoins en Ressources Humaines pour les soins infantiles et maternels varient d'une zone à l'autre ; Ils sont plus importants en zone 1 (70%) qu'en zone 2 (30%) ; ils sont presque nuls en zone 3.

5.2.1. OBJECTIFS

a) Objectifs

Les objectifs nationaux de ce programme sont de porter en 2007 :

- la disponibilité d'au moins 1 infirmier par CSCOM à 100% dans les zones 1 et 2
- la disponibilité de 2 infirmiers par CSCOM dans au moins 80% des CSCOM de la zone 1
- la disponibilité d'une équipe mobile renforcée (1 infirmier, 1 infirmière obstétrique, 1 chauffeur) dans 100% des cercles de la zone 2 et dans tous les cercles des régions de Koulikoro et Ségou pour la zone 1

- la disponibilité de trois médecins dans tous les CSREF dont un à tendance médecine interne, un médecin à tendance chirurgicale et un médecin à tendance santé publique.

b) Stratégies

Des stratégies seront développées pour améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines essentielles dans le secteur de la santé :

- Le recrutement de personnel contractuel en particulier infirmiers polyvalents et médecins par les communes sur les subventions des ressources PPTTE du secteur de la santé
- Le renforcement des capacités de production en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations)
- La formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels
- L'instauration de système de motivation du personnel sanitaire fonctionnaire et contractuel à travailler dans les zones rurales en particulier les plus éloignées des centres urbains et les plus défavorisées : développement d'une stratégie d'incitation financière et non financière pour les travailleurs des zones défavorisées
- L'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance
- La réalisation de logements d'astreinte pour les infirmiers et médecins des zones rurales défavorisées
- La disponibilité de matrones dans tous les centres de santé communautaire.
- La formation et recyclage des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des aides - soignants et des gérants au niveau des formations sanitaires
- La mise en place fonctionnelle et pérenne des relais communautaires ;
- Le recrutement par les collectivités décentralisées de personnels additionnels en particulier d'infirmiers et d'infirmières obstétriciennes pour lesquels existe aujourd'hui un déficit important
- La mise en place d'un paquet de motivation pour les agents qualifiés, afin de recruter et fixer les personnels essentiels en zone rurale et particulièrement parmi les populations les plus pauvres.

Figure 8. Paquet de motivation pour les personnels essentiels en zone rurale

Nature	Situation présente	Source	Ordre de grandeur en Fcfa
Salaire		Présent : ASACO ou Etat Passe à Collectivités Locales, subventionnées par PTTE	60 000

Prime de zone	5 000	Présent : Etat Passe à collectivités locales par PTTE	Passe de 5 000 F à 30-50% du salaire brut selon la zone ; non imposable
Prime de résultats	Variable	ASACO, sur base de monitoring	Variable ; non-imposable
Logement d'astreinte	Généralement inexistant	Etat	Equivalent à 30% de salaire en loyer évité
Location-vente moto après 3 ans	Inexistant	Par subsidiation	Equivalent à 100 000 par an
Accès à la formation	Inexistant	Etat	
Stabilisation	Extrêmement instable	Politique état, notamment en évitant recrutement concurrentiel	

5.2.2. RESULTATS ATTENDUS

a) Pour les formations sanitaires

Dans les Zones 1 et 2, les nouveaux CSCOM seront dotés d'infirmiers recrutés par les collectivités décentralisées de même que les infirmiers actuellement financés par les ASACO. L'objectif est d'aboutir à ce que les infirmiers de CSCOM de ces zones soient rémunérés à travers la combinaison de trois mécanismes :

- un salaire de base financé par la collectivité décentralisée, et subventionné par l'Etat
- une prime de zone financée par la collectivité décentralisée
- une prime de résultats financée par l'ASACO

La prime de zone sera versée à tous les personnels exerçant dans les Zones 1 et 2 sur une base modulée en fonction de la difficulté des conditions de vie. Pour les objectifs de ce cadrage, le niveau moyen de la prime de zone a été estimé à environ 50% du salaire de base en zone 2 et 30% en zone 1.

Dans 20% des CSCOM de la zone 1, des médecins seront recrutés. Le recrutement de médecins sera également effectué pour les soins chirurgicaux dans les centres de référence. L'ensemble représente environ 184 médecins dont 60 à compétence chirurgicale pour les CSREF, 52 à tendance de santé publique pour le renforcement des équipes de cercle et le reste pour les CSCOM.

b) Pour la stratégie avancée et mobile :

Afin d'assurer une visite mensuelle à tous les points de stratégie avancée et la supervision de la stratégie communautaire, des recrutements additionnels auront lieu de même que la mise en place de primes de résultats.

- En Zone 2 et dans les régions de Ségou et de Koulikoro de la zone 1 seront recrutés un infirmier et une infirmière obstétricienne ainsi qu'un chauffeur supplémentaires par cercle.
 - Dans la Zone 1 seront également recrutés 368 infirmiers supplémentaires pour les CSCOM sur la base d'1 infirmier supplémentaire par CSCOM afin d'assurer la stratégie avancée intensive, la continuité des activités dans les CSCOM et la supervision des agents communautaires relais.
 - Une prime de résultat suite au monitoring sera également mise en place pour les infirmiers de CSCOM.
- c) La stratégie à base communautaire sera renforcée à travers la mise en place de mécanismes de motivation intégrée des relais communautaires. La motivation du relais sera assurée par :
- Une bicyclette ou un âne ou un chameau selon les réalités de chaque zone
 - un recyclage annuel
 - une supervision mensuelle de la part de l'infirmier du CSCOM
 - à titre d'expérimentation, une prime financée sur la vente de fer, vit A, chloroquine et paracétamol sera octroyée aux relais communautaires dans 5 villages de la zone 1 et de la zone 2.

En ce qui concerne les autres stratégies et déterminants se référer au tableau Objectifs et Valeurs de base des Indicateurs de Couverture pour les Interventions Prioritaires au Mali pour les soins préventifs femmes, enfants et soins curatifs en annexe

5.2.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels prioritaires pour ce programme sont :

- a) En terme d'investissement :
 - le coût des nouvelles écoles d'infirmiers
 - les logements des personnels de CSCOM et de CSREF
 - la formation des relais
 - les formations et le recyclage des relais communautaires
- b) En terme de fonctionnement :
 - l'augmentation de la masse salariale de 30% de la masse salariale dans les zones 2 et 1 ;
 - les 30% à 50% de primes de zone et de résultats dans les zones 1 et 2
 - le salaire des infirmiers et médecins nouvellement recrutés

Tableau : évolution des besoins en infirmiers et médecins de 2003 à 2007

Catégories d'agents / salaires	2003	2004	2005	2006	2007
infirmiers additionnels recrutés (cumulatif)	200	400	600	800	1050
médecins additionnels recrutés (cumulatif)	60	110	140	184	224
Salaires additionnels pour les collectivités décentralisées (000 F)	240 000	480 000	720 000	960 000	1 260 000
Salaires médecins additionnels pour les collectivités décentralisées (000 F)	72 000	132 000	168 000	220 800	268 800

- le salaire des anciens infirmiers passant de financement ASACO à financement des collectivités dans les zones 1 et 2
- les primes de zones représentant environ

Les coûts additionnels de ce programme s'élèvent à 14,190 milliards de francs CFA. Les coûts annuels augmentent progressivement de 2003 à 2007. Le financement est destiné prioritairement au fonctionnement hors salaire constitué essentiellement par les primes de zone et les formations du personnel au niveau primaire.

Les coûts réels de 2003 à 2007 sont estimés à 57,553 milliards de francs CFA, ce qui représentent 13% des coûts réels globaux.

5.3. PROGRAMME 3: DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES

Ce programme vise à assurer la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et au prix le plus bas sur l'ensemble du territoire.

Actuellement le niveau de disponibilité est élevé du fait que des fonds de roulement et le financement des vaccins et antituberculeux sont assurés. Des budgets additionnels seront cependant nécessaires pour la mise en place de fonds de roulement des formations sanitaires et des pharmacies communautaires dans les zones 2 et 3.

5.3.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES

a) Objectifs

- Mettre à la disposition de tous les nouveaux CSCOM nouvellement fonctionnels de stocks de médicaments dans les Zones 1 et 2.

- Mettre en place de fonds de roulement communautaires au niveau des CSCOM pour la stratégie à base communautaire

b) Stratégies

- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, l'iode, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops chloroquine et cotrimoxazole)
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux

5.3.2. RESULTATS ATTENDUS

- La disponibilité en médicaments essentiels (Tétracycline) et vaccins est bonne en général
- La disponibilité en vaccins, vit A, SRO dépasse 90% pour les soins préventifs des enfants
- La disponibilité en kits d'urgence doit passer de 50% à 100% en zone 1 et de 10% à 100% en zone 2. En zone 3 elle est de 100%.

5.3.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels prioritaires pour ce programme sont :

- En terme d'investissement :
 - les stocks de médicaments des ménages au niveau des CSCOM
 - les stocks de moustiquaires au niveau village
 - les stocks initiaux de médicaments et consommables
 - le coût des vaccins
 - la chaîne de froid
- En terme de fonctionnement :
 - Le renforcement du fonds de roulement de la Pharmacie Populaire du Mali
 - Le fonctionnement de la chaîne du froid

Les coûts additionnels de ce programme s'élèvent à 72,794 milliards de francs CFA ; ils évoluent de manière constante par année de 2003 à 2007.

Les coûts réels de 2003 à 2007 sont estimés à 97,198 milliards de francs CFA. Ils représentent près de 17% des coûts réels globaux.

5.4. PROGRAMME 4: AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

Ce programme vise à améliorer la qualité des services, à augmenter la demande des populations et à lutter contre les maladies.

5.4.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES :

a) Objectifs :

Ce programme contribuera à améliorer l'état de santé de la population à travers :

- La réduction de la mortalité due aux maladies cibles de la vaccination, à la diarrhée, au paludisme, aux infections respiratoires et à la malnutrition ainsi qu'à la transmission mère - enfant du VIH/SIDA.
- La réduction de la mortalité maternelle à travers l'augmentation du taux d'accouchements assistés, de la prise en charge des soins obstétricaux essentiels et d'urgence.
- La réduction de la morbidité liée aux principales maladies et carences nutritionnelles affectant les pauvres
- L'amélioration des mesures d'hygiène et de salubrité à tous les niveaux et spécifiquement l'hygiène hospitalière.
- Le renforcement de la surveillance et du contrôle de la qualité de l'eau, des aliments et des médicaments.
- L'amélioration de la qualité des soins de santé
- La maîtrise de la croissance démographique à travers la réduction du taux de fécondité

b) Stratégies :

Afin d'atteindre les groupes pauvres l'accent sera mis sur :

- Le renforcement de la mobilisation sociale et l'IEC
- Le subventionnement des médicaments essentiels, moustiquaires imprégnées, condoms
- La supervision de la qualité des activités par les infirmiers au niveau des ménages
- L'intensification de la recherche active des enfants incomplètement vaccinés afin d'inciter les ménages à assurer la continuité des activités préventives ;
- Le développement de la recherche au niveau opérationnel
- l'implication et la participation de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé notamment l'éducation, le développement rural, la promotion de la femme et l'enfant, l'hydraulique, les finances, le développement social et la société civile.
- La Promotion des contrats de performance avec les ASACO et les collectivités décentralisées
- Les Contractualisations avec les ONG et associations, les privées et les communes pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle.
- La Promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle
- Renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux

- Le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH
- Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins

5.4.2. RESULTATS ATTENDUS

Au niveau ménage en matière de comportement :

- l'utilisation de condoms chez les 15-49 ans passera de 20% à 50% en zone 1, de 15 à 25% en zone 2 et de 35 à 70% en zone 3.
- Le % de ménages où tous les enfants dormant sous moustiquaire passera de 33% à 70% en zone1, de 45 à 70% en zone 2 et de 42 à 50% en zone 3.
- Le % de diarrhée traitée par la SRO ou par la solution salée sucrée passera de 67% à 80% en zone1 et de 46 à 75% en zone 2.

5.4.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels prioritaires pour ce programme sont essentiellement :

- a) En terme d'investissement : les moustiquaires gratuites pour les femmes enceintes et accouchées assistées, les préservatifs, la mobilisation sociale, IEC,.
- b) En terme de fonctionnement l'accent sera mis sur les primes de résultats, le suivi et la supervision conjointe des activités multisectorielles de lutte contre la maladie,

L'évolution financière du programme 4 par an montre une croissance standard de 2003 à 2007, cela signifie que des efforts importants doivent être menés dès le démarrage des activités afin d'atteindre les objectifs de 2007 (voir tableau des indicateurs en annexe)

Par nature des dépenses les investissements ne sont pas significatifs et seul le niveau primaire couvre 100% du budget prévu (voir tableaux de répartition des coûts additionnels par nature de dépenses et par niveau ci dessus).

5.5. PROGRAMME 5: ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS DE SANTE ET PARTICIPATION

Ce programme vise à stimuler la demande, à développer des systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé et à renforcer la solidarité et la participation communautaire

5.5.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES :

a) Objectifs :

Il s'agit d'objectifs de protection du revenu des ménages pauvres et d'amélioration de la participation de toutes les couches sociales afin de faciliter l'accès des pauvres aux soins de qualité. Les objectifs de protection du revenu des ménages seront réalisés à travers :

- La maîtrise des tarifs des soins ;
- la mise en place de mécanismes de solidarité et toutes autres formes de financement alternatif de la santé en faveur des pauvres ;
- l'amélioration du statut socio-économique des ménages pauvres et en particulier des femmes.

Les objectifs de participation des pauvres seront réalisés à travers :

- L'amélioration de la représentativité et de la fonctionnalité des comités de gestion avec l'inclusion des pauvres, les représentants des villages éloignés, des femmes et des jeunes dans les ASACO ;
- L'amélioration de la qualité de la participation dans la planification et le monitoring local des activités et la mise en place d'actions communautaires de santé ;
- Le renouvellement régulier des organes de gestion des ASACO ;
- L'alphabétisation des pauvres notamment les femmes.

b) Stratégies :

- La Promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle
- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops chloroquine et cotrimoxazole)
- Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins
- Les facilités accordées aux groupes les plus pauvres en ce qui concerne le paiement des consultations, des médicaments, préservatifs et des soins préventifs dans les centres de santé
- La promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres dans les comités de gestion des CSCOM
- Le renforcement de la capacité de gestion des ASACO et des municipalités
- La révision du système de tarification dans les services publics et associatifs

- Le soutien aux formes traditionnelles efficaces de solidarité en particulier appui institutionnel et financier aux organisations féminines et de jeunes incluant les activités de formation et de promotion dans les domaines de développement
- Le développement de l'interface entre les services de santé et la population avec la mise en place de système de partenariat
- Le développement de la micro-assurance pour les Soins Obstétricaux d'Urgences (SOU) et enfants malades

5.5.2. RESULTATS ATTENDUS

- Les consommables promotionnels tels les moustiquaires imprégnées et les condoms : pendant une période de 3 ans une moustiquaire sera distribuée gratuitement à chaque femme effectuant une deuxième CPN et chaque femme accouchant dans un CSCOM ; les préservatifs seront distribués gratuitement aux professionnels du sexe, aux séro positifs, dans les casernes, aux syndicats de routiers et aux prisonniers.
- Les possibilités de subvention de médicaments essentiels à visée pédiatrique, une liste de maladies a été retenue notamment le paludisme, les IRA et la diarrhée. A partir de cette liste les médicaments suivants sont concernés : la chloroquine (comprimé de 100 mg et sirop), le paracétamol (comprimé de 100 mg et sirop), l'amoxicilline (suspension 125 mg et 250 mg), l'AAS, le SRO, le métronidazole (suspension pédiatrique), le cotrimoxazole (suspension et comprimé 240 mg), le mébendazole (suspension et comprimé), le fer/acide folique et le rétinol, l'iode.
- Le conditionnement vrac seul est retenu pour la subvention ; pour le sirop et suspension, compte tenu des conditions de conservation et les délais d'utilisation limités, la préférence sera donnée à la forme comprimée autant que possible.
- Le secteur public et communautaire sera les seuls bénéficiaires de cette subvention.
- Les différents niveaux pour la subvention sont les dépôts répartiteurs de cercles (DRC) et les dépôts de vente (DV)
Le principe de non-gratuité peut être maintenu par la diminution du pris d'un nombre limite de médicaments essentiels,
Pour privilégier une option une étude s'avère nécessaire d'autant plus qu'il a été constaté que le système de ME dégage beaucoup d'excédents qui ne sont pas toujours utilisés à souhaits. Cette étude permettra de mieux apprécier la proportion dans laquelle le coefficient multiplicateur actuel peut être revu à la baisse.
- Un fonds d'aide médicale pour les Soins obstétriques d'urgence (SOU) et pour les enfants malades sera mis en place dans deux aires de santé par région pour la recherche action.

5.5.3. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels prioritaires pour ce programme sont :

- En terme d'investissement : l'étude sur la viabilité du système, recherche action, la formation des acteurs en micro planification et en supervision, le développement de système de gestion,
- En terme de fonctionnement : la subvention aux associations et ONG, la mise en place de fonds d'aide médicale, l'approche communautaire.

Il est à noter que la plupart de ses coûts seront transférés aux différents secteurs d'appui à la santé mais sous formes de conventionnement, de régie et de contrat de performance.

Une harmonisation de ces interventions sera faite par le département de la santé en collaboration avec les autres départements d'appui (la promotion de la femme, le développement rural, l'éducation, le développement social, l'hydraulique...) et la société civile.

L'évolution budgétaire prévisionnelle du programme 5 est standard de 2003 à 2007, mais le financement hors salaire représente plus de 80% du budget et 100% de l'enveloppe est consacré au niveau primaire. Notons que les primes et salaires sont prévus dans le programme 2 ci- dessus.

5.6. PROGRAMME 6: REFORME DES HOPITAUX ET INSTITUTIONS DE RECHERCHE

Ce programme vise à améliorer la performance des hôpitaux en relation avec l'environnement et le reste du système de soins

5.6.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES

a) Objectifs :

- Assurer une meilleure prise en charge des cas référés
- Participer à la formation initiale et continue de qualité des professionnels de la santé
- Développer les capacités de recherche des institutions spécialisées ;
- Participer aux travaux de recherche
- Assurer la qualité des médicaments et boissons
- Assurer le diagnostic, le traitement, et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en assurant, lorsque nécessaire, leur hébergement
- Participer à des actions de santé publique dans la limite de leurs compétences

c) Stratégies :

- L'opérationnalisation de la loi hospitalière ;
- La mise en place de l'Agence Nationale d'Evaluation des hôpitaux ;

- La mise en œuvre des projets d'établissements et des plans d'action ;
- L'amélioration des conditions de travail des structures de recherche

5.6.2. RESULTATS ATTENDUS

- le renforcement du plateau technique des hôpitaux en vue d'assurer une prise en charge correcte de tous les cas référés
 - le développement de la capacité d'accueil et de prise en charge des services ;
 - la réduction des évacuations sanitaire du Mali vers l'extérieur en multipliant la gamme d'offre de soins de santé de référence
 - la mise en place d'un système de gestion plus efficient y compris le système d'information hospitalière
 - le développement des capacités d'encadrement et de formation universitaire et post universitaire des hôpitaux et institutions spécialisées et de recherche
- l'amélioration de l'accès des soins hospitaliers aux pauvres

5.6.3. ELEMENTS DE COÛTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels pour ce programme sont :

- En terme d'investissement : construction et équipement de nouveaux hôpitaux à Sikasso et à Mopti, la rénovation et l'extension des hôpitaux et établissements spécialisés , équipement, formation, recherche
- En terme de fonctionnement : salaires, maintenance, produits pharmaceutiques, fonctionnement hors salaire, dotations aux amortissements...

Les niveaux tertiaire et secondaire se répartissent l'enveloppe de ce programme, il s'agit surtout d'un budget d'investissement car les projets d'établissement de presque tous les hôpitaux seront mis en œuvre pendant cette période. L'évolution annuelle atteindra sa vitesse de croisière en 2006.

5.7. PROGRAMME 7: RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES

Ce programme vise à mettre en place une formule d'allocation régionale privilégiant les pauvres, à développer les ressources humaines et à améliorer le pilotage du système de santé.

4.7.1. OBJECTIFS ET STRATEGIES :

a) Objectifs :

- Mettre en place une formule d'allocation régionale privilégiant les pauvres, et des outils de planification y afférents.

- Développer les ressources humaines : création des écoles régionales d'infirmiers et de sage-femmes, formations en chirurgie essentielle
- Assurer le pilotage du système ;
- Améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires ;
- Création de mécanismes de redevabilité

a) Stratégies :

- La création des écoles de formations professionnelles régionales,
- Le renforcement des capacités des structures centrales et régionales
- La création d'un nouveau bâtiment pour la CPS
- La disponibilité d'agents expérimentés au niveau des structures centrales
- La maîtrise et connaissance du système de santé à travers :
 - Le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc....
 - Le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
 - L'amélioration de la diffusion et de l'utilisation des résultats de recherche ;
 - L'amélioration de l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification
- L'amélioration de l'efficacité de la collaboration entre le département et ses partenaires sera faite notamment :
 - Coordonner et évaluer le PRO.DE.S.S en impliquant les autres acteurs
 - Monitorer et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.)
 - Coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP
 - Améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONGs
- La création de mécanismes de redevabilité à travers :
 - La promotion de la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs. Une étude sera menée pour voir la faisabilité de la stratégie ;
 - La création d'une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.
- Le renforcement de la capacité de passation de marchés avec la disponibilité d'experts au niveau de la Direction Administrative et financière

4.7.2. RESULTATS ATTENDUS

- la pratique systématique des activités de planification, d'organisation, d'impulsion des ressources humaines et de contrôle de résultats est consolidée ;
- l'organisation des activités pour créer de bonnes relations entre les ressources humaines afin de rendre efficaces les tâches accomplies est faite ;
- L'impulsion des ressources humaines à faire en sorte que tous les agents contribuent à l'atteinte des objectifs est effective;
- Le contrôle et l'évaluation des réalisations sont faits et si cela est nécessaire prendre les mesures de correction adéquates pour qu'elles soient conformes au plan.

5.7.1. ELEMENTS DE COUTS ADDITIONNELS

Les implications en coûts additionnels pour ce programme sont :

a) En terme d'investissement :

- Etudes/recherches sur le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies ; étude et élaboration de la politique de maintenance, consultations, l'étude sur la motivation du personnel et sur les causes de la mobilité interne et externe des ressources humaines
- Construction/rénovation des écoles professionnelles décentralisées de la Santé ; la construction/équipement des locaux de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS)
- Equipement et mobilier
- Renforcement des capacités d'appui, de planification, de gestion, de passation de marchés etc....).

b) En terme de fonctionnement,

- Missions rapprochées de suivi et d'évaluation de la qualité des soins de santé,
- Missions rapprochées de suivi et d'évaluation, de rapprochement des comptes et de remontée des pièces justificatives,
- Missions conjointes avec les partenaires, et de mise en œuvre du CDMT
- Maintenance des équipements, matériels, logistiques et bâtiments

Le budget de ce programme évolue de façon croissante linéaire contrairement aux ambitions prioritaires de la politique de santé à savoir le renforcement de la capacité de conception, de coordination et d'appui du niveau central aux autres niveaux. Cependant plus de 60% de son budget prévisionnel est consacré au fonctionnement hors salaire.

6. CADRAGES BUDGETAIRES

Le cadrage des dépenses à moyen terme est tributaire du cadre macro-économique et des projections de la disponibilité des ressources pour le secteur. Il apparaît selon les prévisions que l'effort combiné de l'Etat et de ses partenaires mène à une augmentation significative des ressources effectivement disponibles pour la santé : ainsi, ces ressources passeraient, avec une augmentation régulière du budget toutes sources confondues, de 52,7 milliards de FCFA 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2007. Cette nouvelle marge permettra de couvrir les coûts additionnels nécessaires à la mise en œuvre d'activités de production et de soutien à la santé visant l'atteinte des objectifs du secteur.

6.1. LES HYPOTHESES SOUS-JACEANTES

Les hypothèses macro-économiques à partir desquelles le scénario retenu a été élaboré sont les suivantes :

- Dépenses budgétaires brutes par rapport au PIB : 32,9%
- Taux d'inflation 2005-6 : 2,5%
- Taux de croissance du PIB réel 2005-6 : 6,7%
- Service de la dette par rapport aux dépenses budgétaires : 3,6%

Les hypothèses de composition de budget

- Budget santé par rapport aux dépenses totales de l'Etat : objectif de 12% en 2007
- Dépenses en capital par rapport aux dépenses totales santé : objectif de 40% en 2007
- Niveau central par rapport aux dépenses courantes : 30%
- Niveau régional par rapport aux dépenses courantes : 60%
- EPAs par rapport aux dépenses courantes : 10%
- Financement externe par rapport aux dépenses en capital, Budget Spécial d'Investissement (BSI) : 60%

Les hypothèses d'autres sources de financement

- Taux de croissance de recettes par recouvrement : 5%
- Taux de croissance de recettes des communautés : 5%

Les hypothèses macroéconomiques combinées à l'hypothèse d'augmentation du budget de l'Etat permettent de définir le niveau de financement attendu.

Les hypothèses macroéconomiques combinées aux coûts réels permettent de dégager les dépenses totales couvrant la période de 2003 à 2007.

Les coûts réels sont obtenus en ajoutant annuellement le montant du PO 2002 aux coûts additionnels

6.2. EVOLUTION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DU CDMT

Durant la période 2003-2007, la mobilisation des ressources supplémentaires devra permettre une augmentation brute de l'ensemble des 7 programmes du CDMT notamment les programmes visant l'amélioration de l'accès aux services de santé, la disponibilité des médicaments et consommables essentiels, l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la maladie et le développement du secteur tertiaire (voir Figure 9).

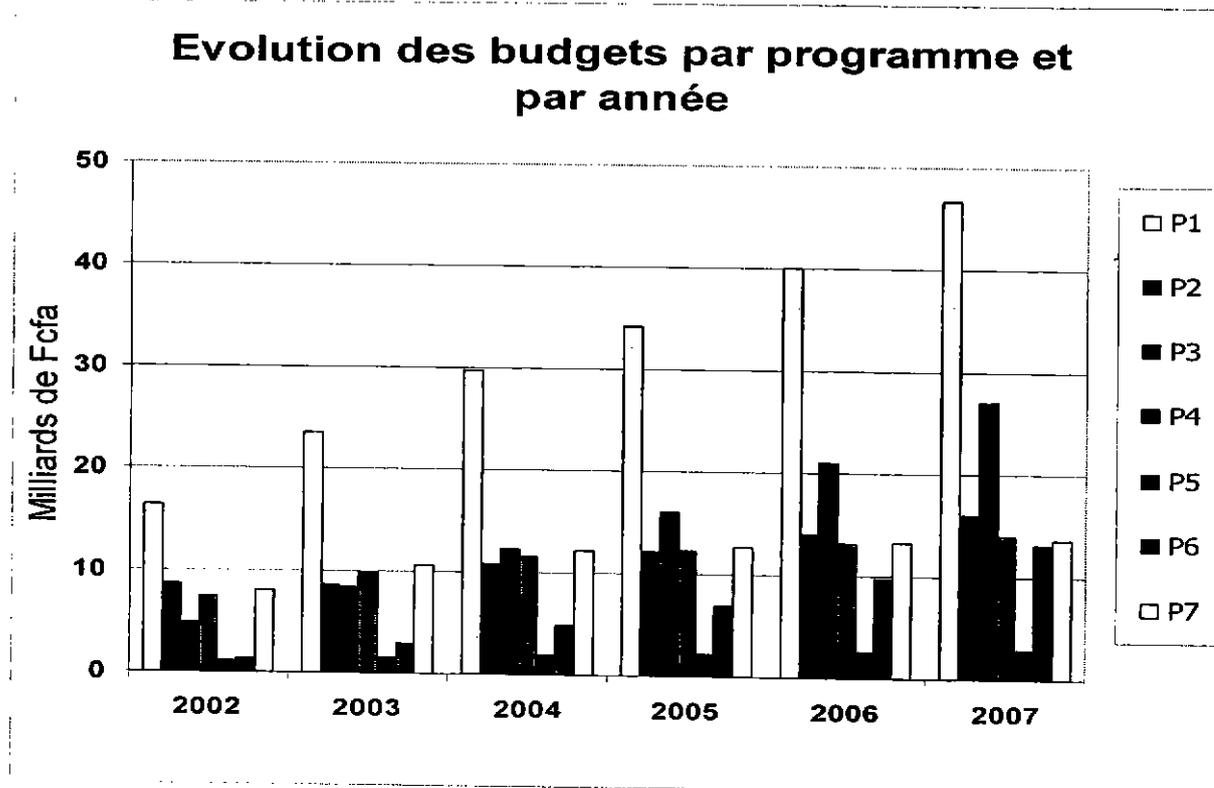


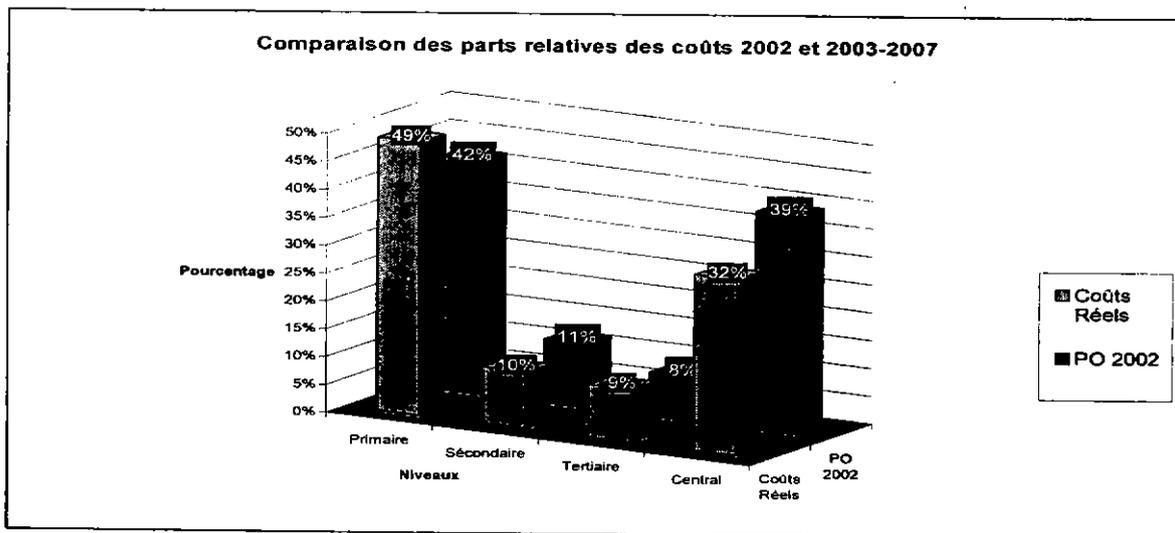
Figure 9: Evolution des projections budgétaires des différents programmes

Les cinq premiers programmes (accès, ressources humaines, ressources matérielles, qualité et lutte contre la maladie, participation) sont considérés comme producteurs de santé ; ils représentent 80% des coûts réels de la période 2003-2007. Les deux autres programmes (pour 20%) servent de soutien à la production de santé .

La figure 9 montre une augmentation sensible au niveau de certains programmes : Les prévisions de ressources du programme 1 vont servir à soutenir les constructions et réhabilitations en vue d'une extension rationnelle, l'acquisition d'équipement et de matériels roulant pour une meilleure atteinte des populations suivant les stratégies. Les ressources additionnelles du programme 2 sont orientées vers la qualification et la motivation des ressources humaines.

Au niveau du programme 3, l'accent est mis sur l'acquisition de médicaments et vaccins, le renforcement de la PPM en tant que central d'achat pour lui permettre de jouer son rôle d'approvisionnement de tout le pays.

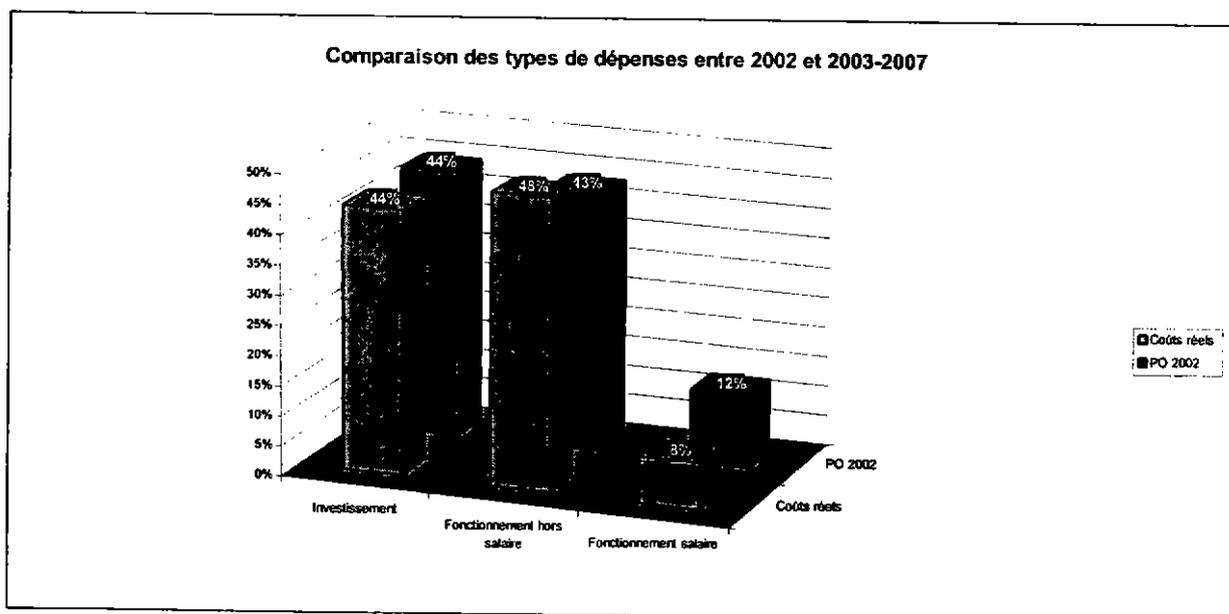
Figure 11 : Evolution des parts relatives des ressources par niveau en comparaison entre 2002 et 2003-2007



6.4. EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DU TYPE DES DEPENSES

La part relative des coûts réels d'investissement au cours de la période 2003- 2007 sera maintenue à moins de 45% afin de garantir une absorption efficace des ressources et une efficacité de la dépense de santé ; ceci, tout en continuant l'effort de constructions et d'acquisition nécessaire à l'augmentation de l'accès, à l'amélioration de la qualité de service et au développement des ressources humaines (voir Figure 12)

Figure 12: Comparaison des types de dépenses entre 2002 et 2003-2007



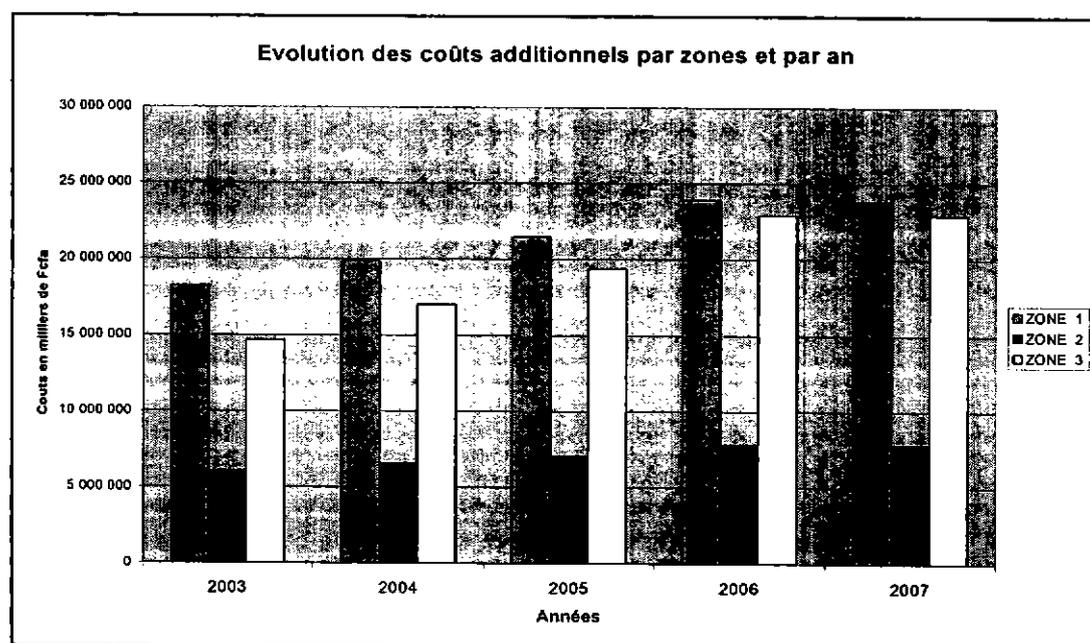
Le fonctionnement hors salaire passe de 43% en 2002 à 48% des coûts réels en 2007 en vue de maintenir la tendance à la consolidation des acquis. Cependant on

note une diminution en valeur relative des salaires qui passent pourtant de 5,8 milliards en 2002 à une moyenne annuelle de 7,3 milliards en valeur absolue.

6.5. EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DES ZONES DE PAUVRETE

La répartition des ressources additionnelles sur les zones de pauvreté montre une augmentation croissante (voir Figure 13) des ressources allouées à la zone la plus pauvre (zone 1) ; ce qui répond aux orientations du Cadre Stratégique de Lutte Contre La Pauvreté visant à améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres, à atténuer l'impact de la dépense de santé sur les revenus de ces ménages, et à augmenter leur participation à la gestion du système de santé.

Figure 13 : Evolution des coûts additionnels par zone et par an



Le niveau relativement bas des ressources en zone 2 s'explique par l'aspect populationnel (elle couvre plus de la moitié du territoire et n'abrite que 17% de la population).

L'importance des ressources affectées en zone 3 découle de l'appartenance à cette zone des hôpitaux nationaux et des structures centrales qui supportent les actions de soutien à la production de santé.

6.6. EVOLUTION DU BUDGET PAR PROGRAMME

Le diagramme de l'évolution de ce budget total qui intègre les ressources destinées aux investissements, aux fonctionnements et aux coûts de transfert quelle qu'en soit la source, fait ressortir une tendance croissante qui passe de 47,1 milliards de FCFA en 2002 à 133,2 milliards en 2007.

6.6.1. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 1 (ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE):

On constate au niveau de ce programme, une progression assez sensible sur de la période. La progression varie entre 5 et 6 milliards (Figure 14). L'ensemble se traduit alors par un taux de progression moyen annuel du budget de 18,80%.

Dans la structure des dépenses (Figure 15) l'accent est surtout mis sur l'entretien et le fonctionnement ensuite les constructions et réhabilitations qui sont suivies de l'équipement et mobilier. On constate que le matériel roulant connaît une évolution comme il ressort de l'analyse de la dépense publique. Cette répartition répond aux différentes stratégies mobiles, avancée et fixe mises en œuvre dans les zones. Par contre, la formation et les recherches spécifiques sont moins importantes et connaissent une évolution très faible.

Figure 14 : Evolution du budget du programme 1 de 2003 à 2007

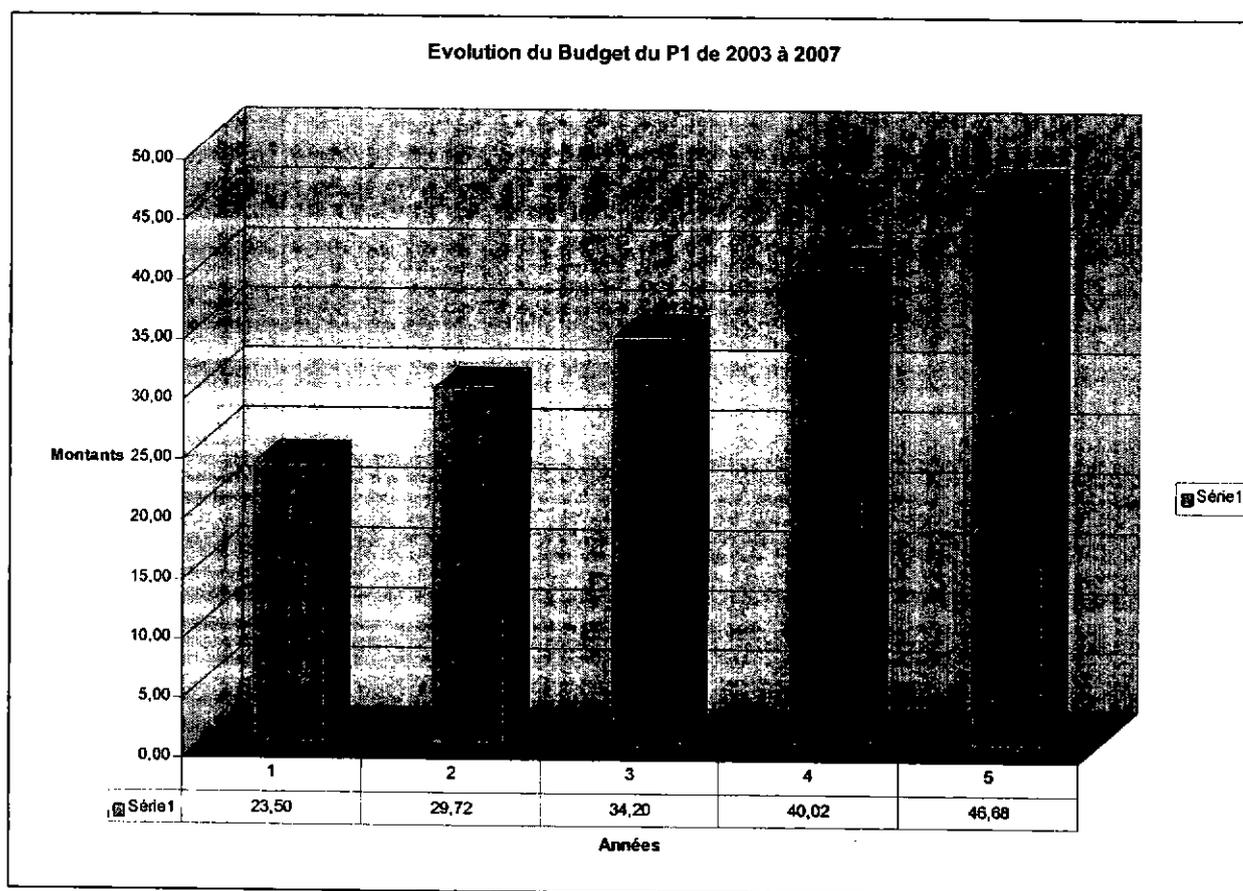
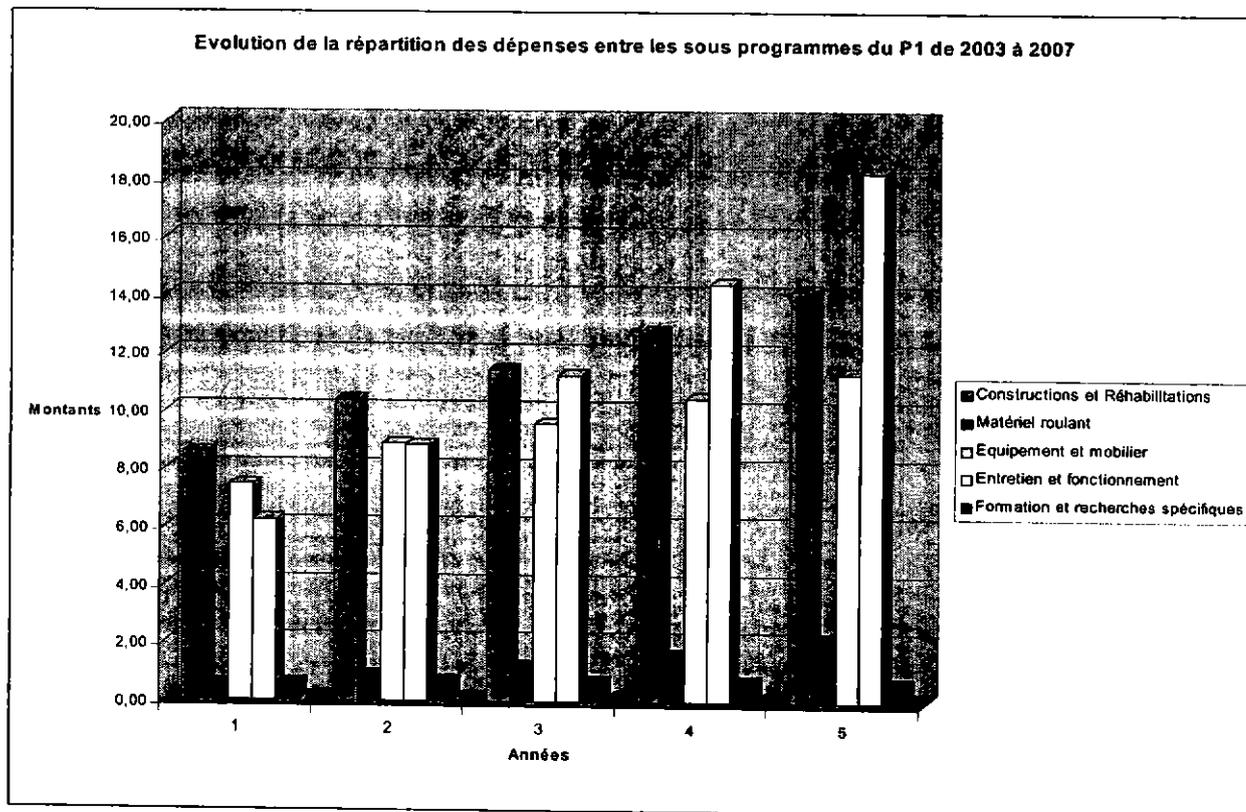


Figure 15 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P1 de 2003 à 2007



6.6.2. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 2 (DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES) VOIR FIGURE 16

Les prévisions au niveau de ce programme connaissent une augmentation régulière d'environ 2 milliards par an pendant la période 2003-2007.

Dans la structure des dépenses (voir

Figure 17) l'accent est surtout mis sur la masse salariale et accessoires qui est suivie de la formation et remise à niveau. Les sous programmes « logements / bâtiments/écoles » et « autres primes de zone » qui constituent des éléments de motivation connaissent également une évolution très significative. Cette structure tend à prendre en charge le recrutement, la formation, le recyclage et la motivation des ressources humaines additionnelles.

Figure 16 : Evolution du budget du P2 de 2002 à 2007

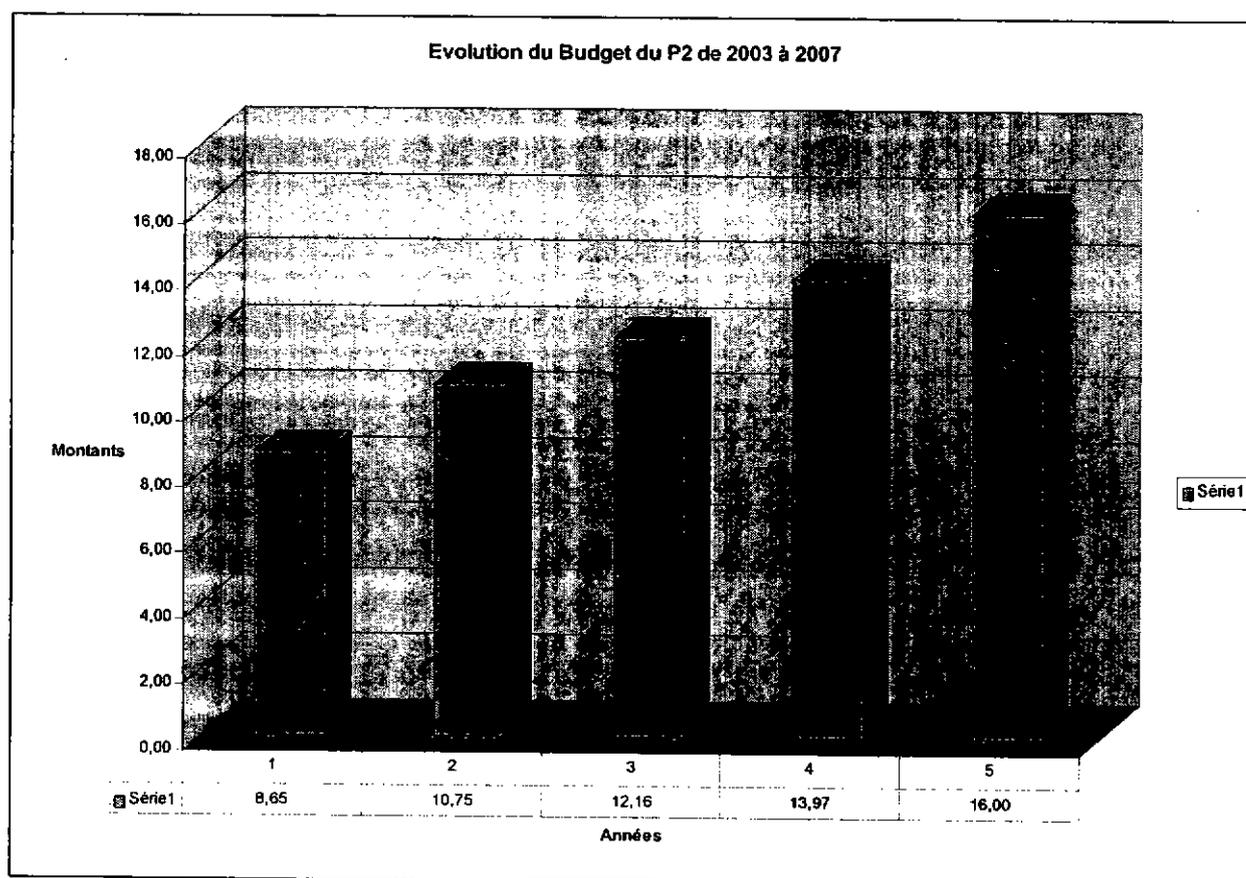
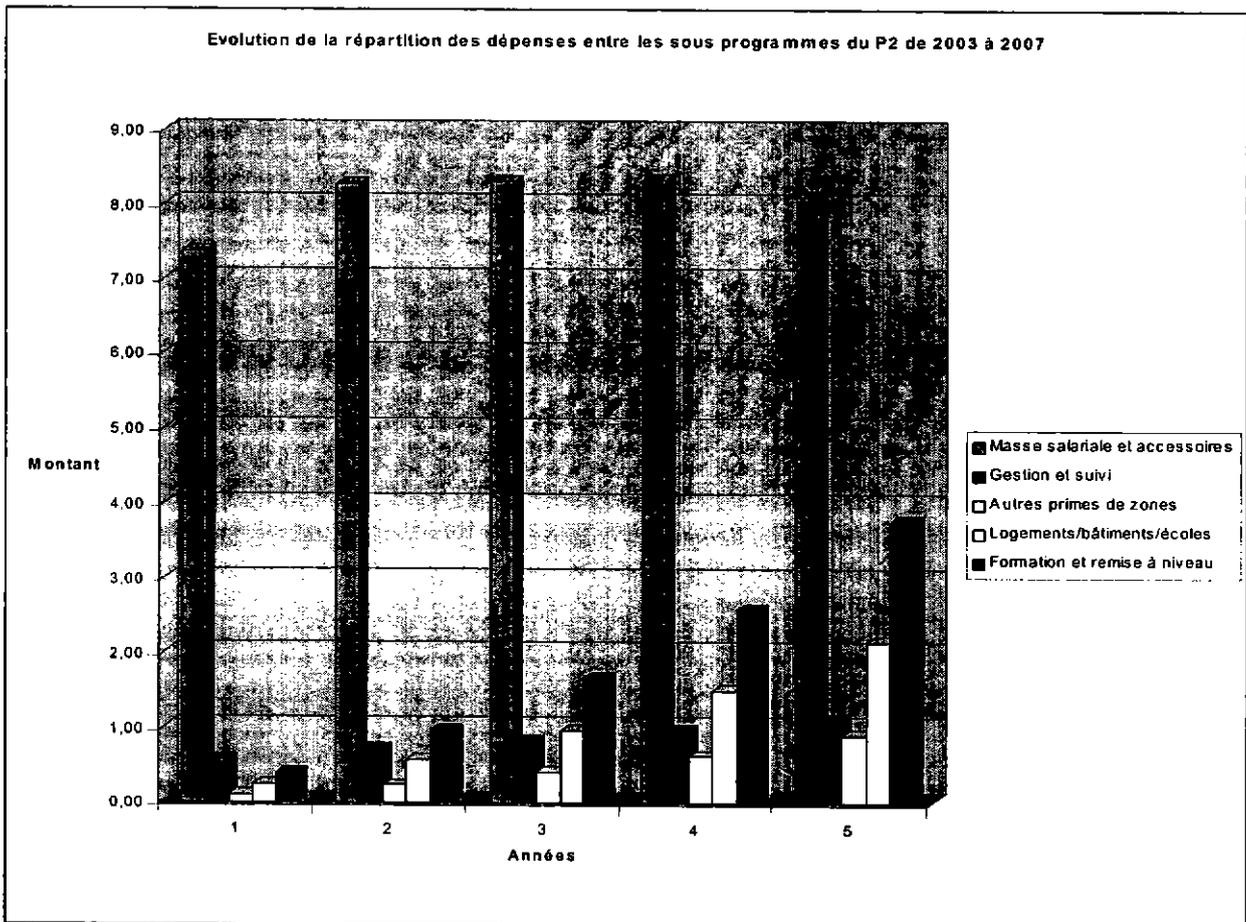


Figure 17 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P2 de 2002 à 2007



6.6.3. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 3 (DISPONIBILITE DES RESSOURCES MATERIELLES ESSENTIELLES) VOIR FIGURE 18

Le budget de ce programme affiche pour les 5 années, une évolution tendancielle très importante avec un taux de progression moyen annuel de 34,50%.

La structure des dépenses (voir Figure 19) fait ressortir un budget surtout marqué par une prépondérance des rubriques formation, gestion et suivi, médicaments et réactifs et enfin vaccins et consommables pour mettre en exergue les efforts dans l'amélioration des prestations relatives à l'approvisionnement, à la maintenance et la conservation des médicaments et vaccins.

Figure 18 : Evolution du budget du P3 de 2003 à 2007

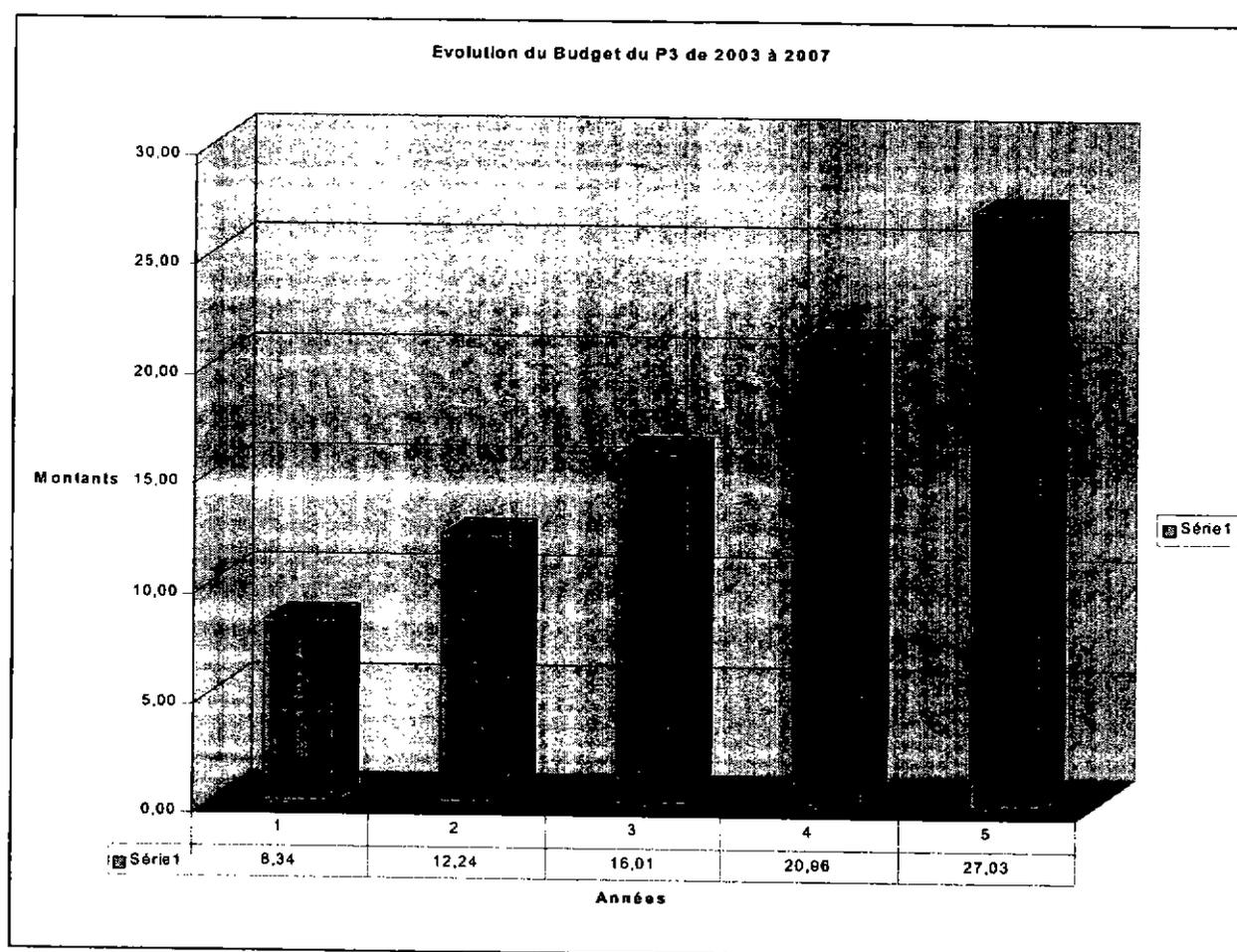
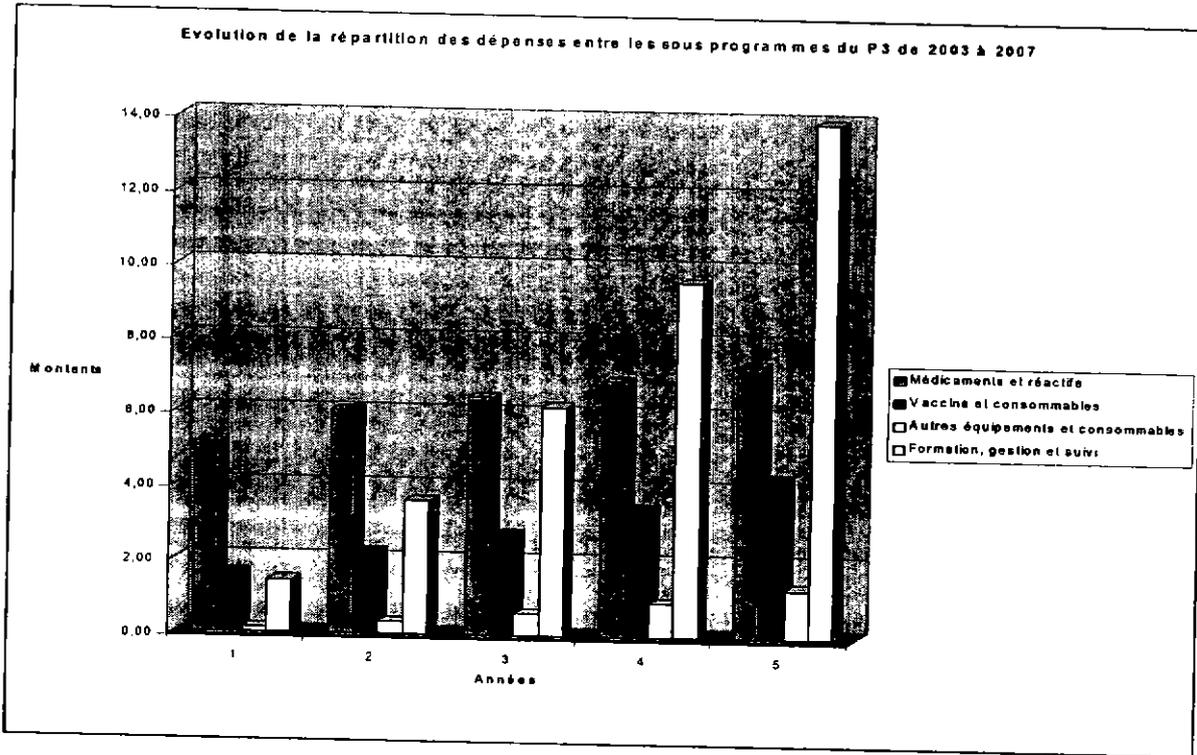


Figure 19 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P3 de 2003 à 2007



6.6.4. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 4 (AMELIORATION DE LA QUALITE/ SOUTIEN A LA DEMANDE /LUTTE CONTRE LA MALADIE) VOIR FIGURE 20

Le programme « Amélioration de la qualité/ soutien à la Demande /lutte contre la maladie » qui est dès le début du programme à un niveau assez élevé connaît sur les 5 années une évolution régulière avec un taux de progression moyen annuel de 8,55%.

La structure des dépenses (voir Figure 21) fait ressortir un budget surtout marqué par une prépondérance des dépenses de fonctionnement, gestion et suivi cela indique clairement les actions et appuis que seront menées dans le sens de l'amélioration des prestations dans le cadre de la lutte contre la maladie. Cette rubrique est suivie de celle relative aux consommables gratuits ou promotionnels ce qui présage de la politique en faveur des couches les plus pauvres. L'accent est aussi mis sur la recherche et formation en vue d'encourager toutes les initiatives rehaussement de la qualité des services et des compétences du personnel.

Figure 20 : Evolution du budget du P4 de 2002 à 2007

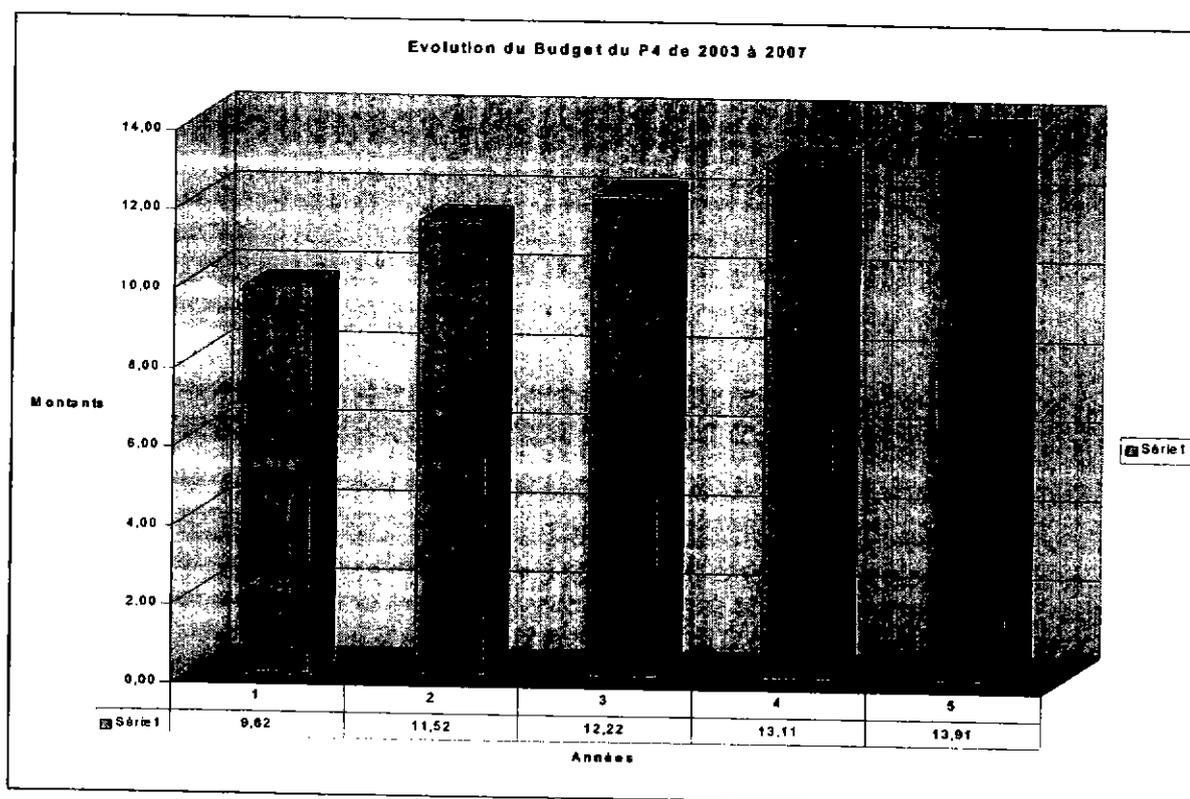
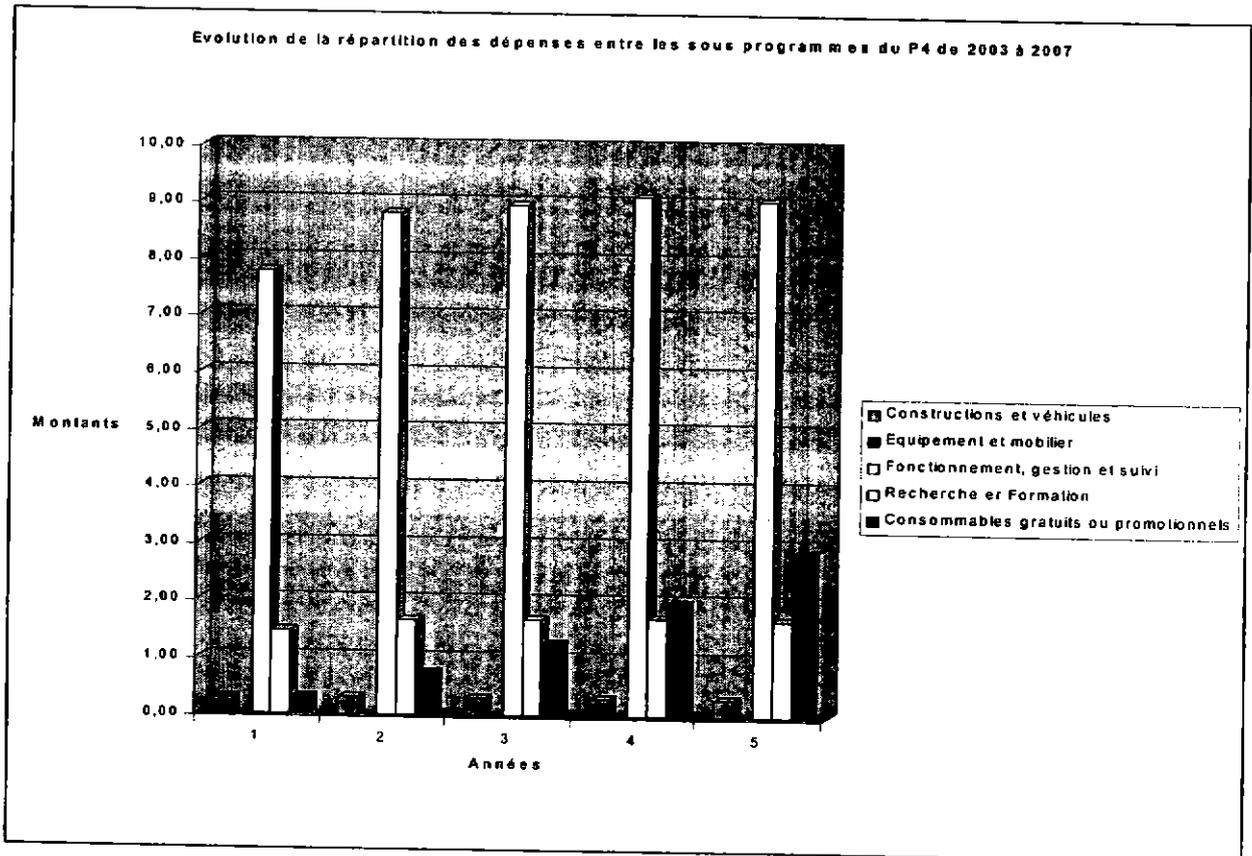


Figure 21 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P4 de 2002 à 2007



6.6.5. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 5 (ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS ET PARTICIPATION) VOIR FIGURE 22

Ce programme ne représente que 2,22 % du financement global et montre une tendance croissante pendant la période

Dans la structure des dépenses (voir Figure 23) de ce programme, l'accent est surtout mis sur mise en œuvre de l'approche communautaire et les transferts.

Figure 22 : Evolution du budget du P5 de 2003 à 2007

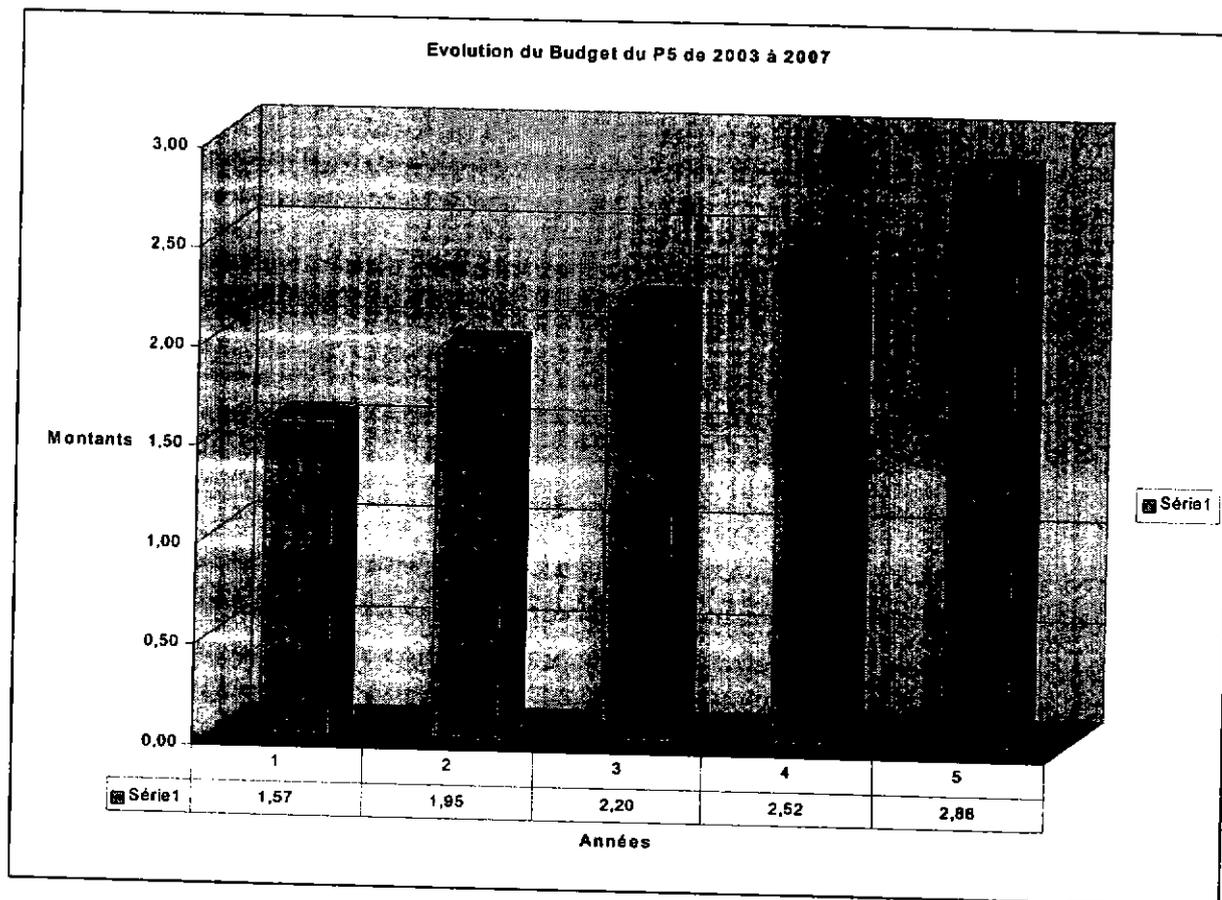
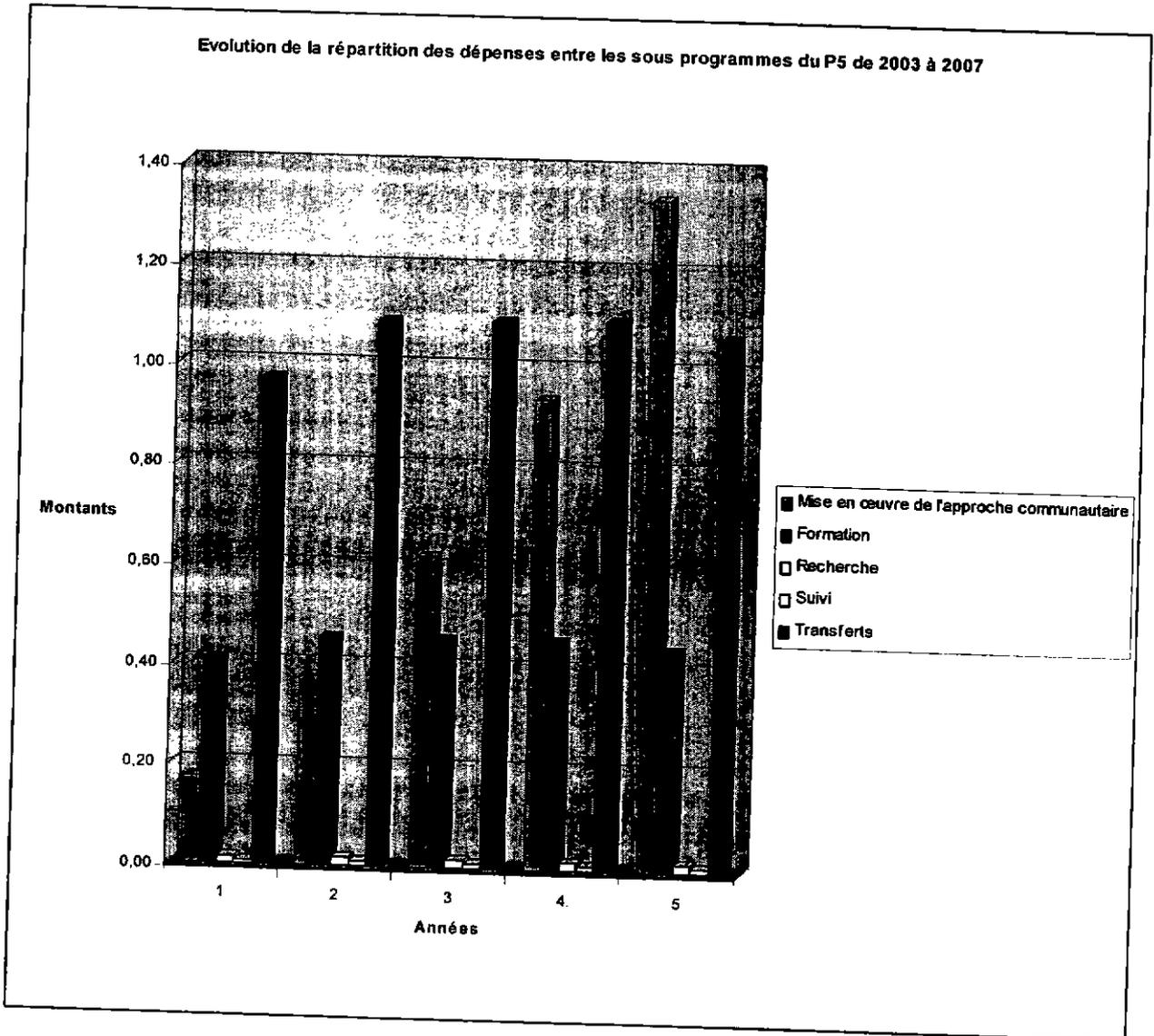


Figure 23 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P5 de 2002 à 2007



6.6.6. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 6 (REFORME HOSPITALIERE ET INSTITUTS DE RECHERCHE) VOIR FIGURE 24

Le budget de ce programme croit de façon importante passant de près de 3 milliards en 2003 à plus de 13 milliards en 2007.

Cette évolution plus accentuée au niveau du renforcement des hôpitaux nationaux suivi du renforcement des Hôpitaux Régionaux traduit la mise en œuvre progressive des projets d'établissement..

Figure 25

Le renforcement des instituts spécialisés et de recherche connaît une croissance régulière et atteint un niveau assez considérable en fin de programme.

Figure 24 : Evolution du budget du P6 de 2003 à 2007

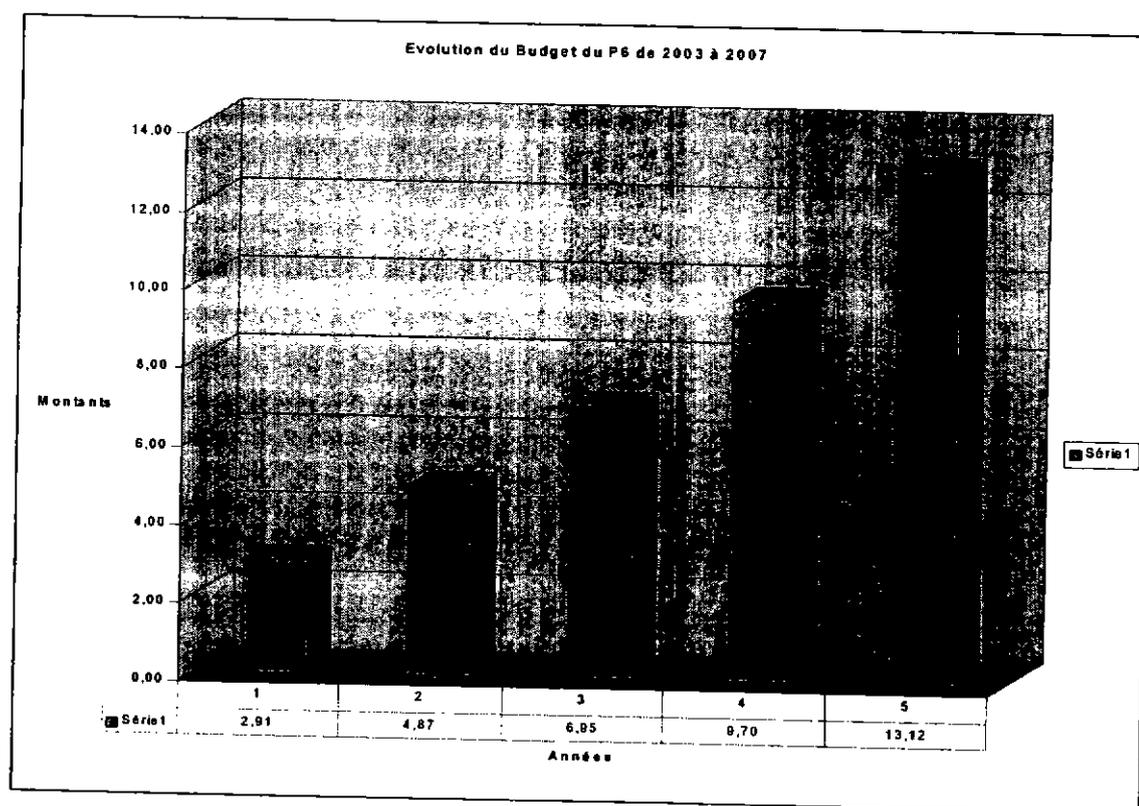
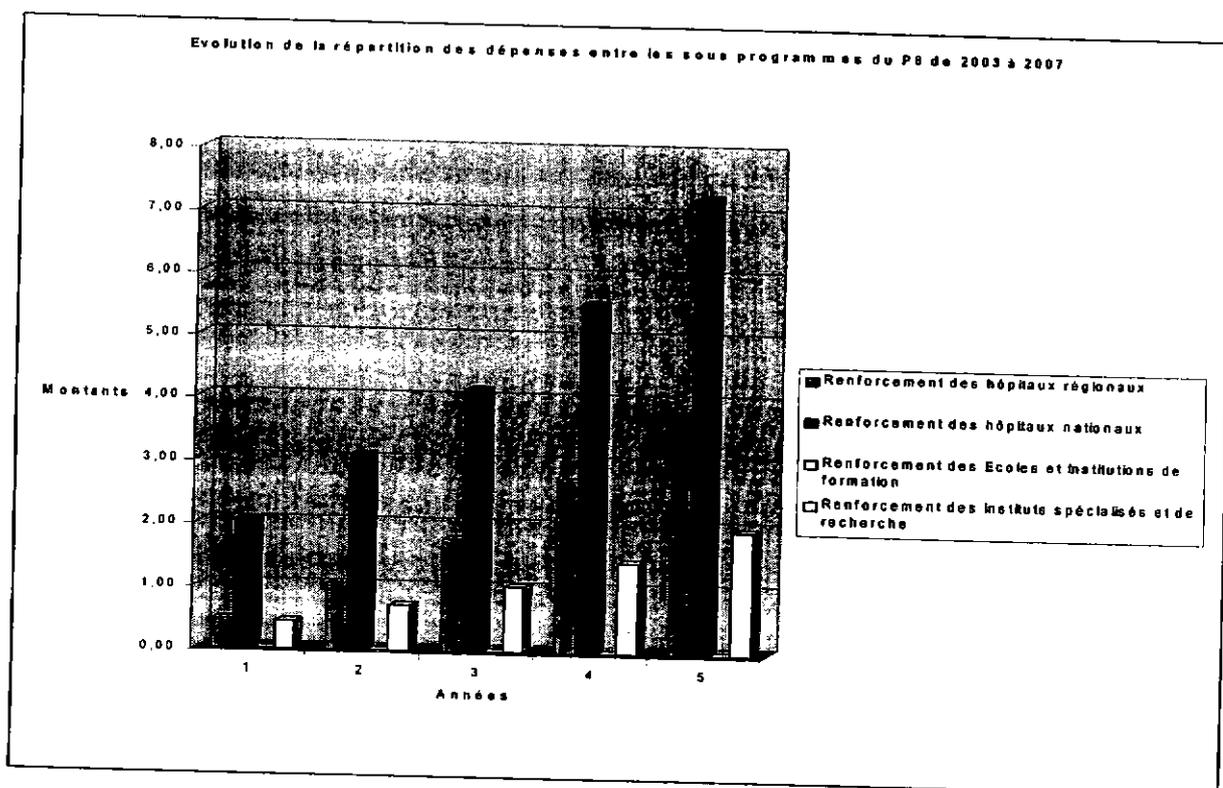


Figure 25 : Evolution de la répartition des dépenses des sous programmes du P4 de 2003 à 2007



6.6.7. EVOLUTION DU BUDGET DU PROGRAMME 7 (SOUTIEN ET RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES) VOIR FIGURE 26

L'analyse de l'évolution du budget du programme 7 dégage une tendance régulière mais timide.

La structure budgétaire (voir Figure 27) montre que l'accent est mis sur le fonctionnement qui finance toutes les actions de soutien, pilotage du programme, de renforcement du partenariat avec tous les acteurs (départements sectoriels, partenaires techniques et financiers, société civile).

Figure 26 : Evolution du budget du P7 de 2003 à 2007

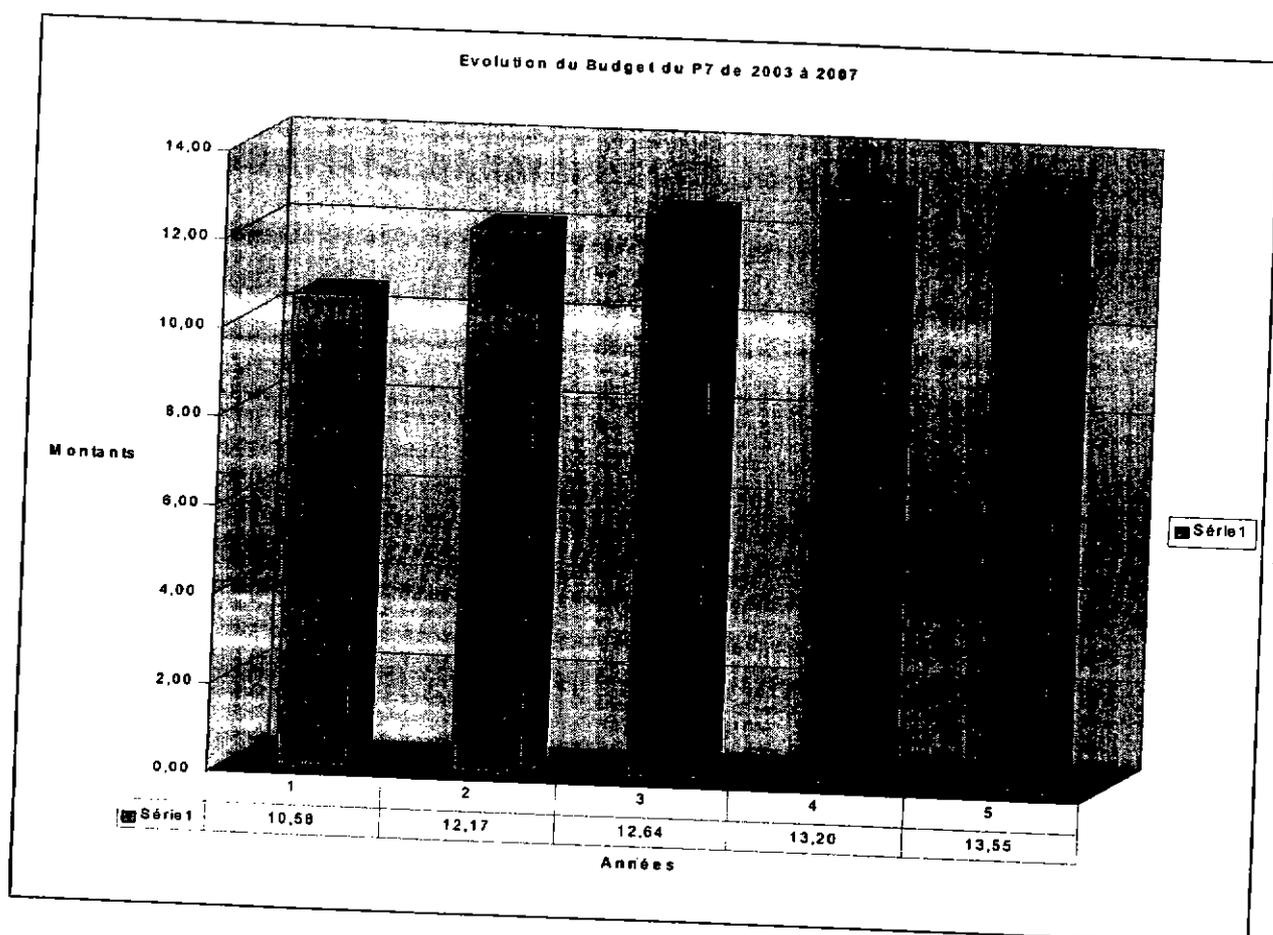
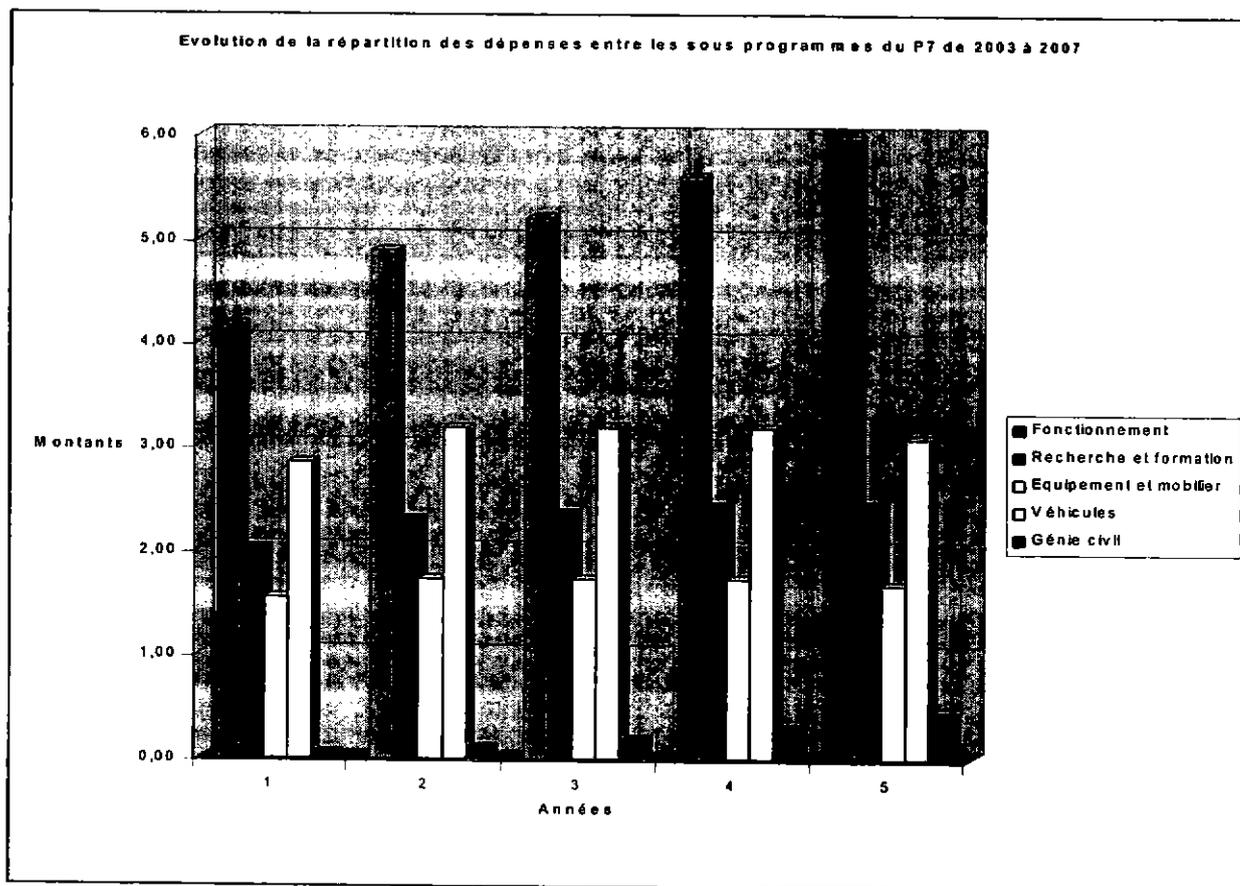


Figure 27 : Evolution de la répartition des dépenses entre les sous programmes du P7 de 2003 à 2007



7. MECANISME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU CDMT

Le CDMT constitue un outil essentiel de programmation du département ; en effet, il met à la disposition des décideurs et des responsables chargés de la planification un cadrage financier permettant d'assurer l'efficacité requise des ressources allouées au secteur tout en garantissant une croissance réelle des fonds qui lui sont alloués dans le cadre de l'action visant l'atteinte des objectifs.

Pour cela il sera nécessaire de mettre en place les mécanismes de suivi et d'évaluation permettant :

- d'une part, de vérifier la prise en compte régulière de ses orientations (montants, équilibres, évolution, etc....) par les différentes structures chargées de la planification au sein du secteur ;
- d'autre part, d'évaluer régulièrement sa pertinence – en vue de sa réactualisation – et de prendre en compte d'éventuels changements sur les hypothèses macroéconomiques et sur les engagements du Gouvernement et des partenaires

Dans ce cadre, l'unité de suivi et d'évaluation de la composante santé population du CSLP sera chargée de la réactualisation régulière du CDMT.

Par ailleurs, des cadrages annuels seront produits à partir du CDMT pour toutes les régions et niveaux de programmation. Ces cadrages prendront en compte les critères de population, de pauvreté et de prévalence de maladies. Ainsi, à chaque planification annuelle, une analyse permettra de vérifier la conformité des ressources planifiées avec les cadrages et équilibres du CDMT.

7.1. ASPECTS INSTITUTIONNELS

7.1.1. LES ACTEURS :

Se référer aux acteurs du décret 115 relatif aux organes de coordination de suivi et d'évaluation du PRO.DE.S.S

7.1.2. LE RÔLE DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PLANIFICATION ET DE SUIVI :

- a) Au niveau cercle :
 - mettre en œuvre les orientations nationales ;
 - assurer la coordination, le suivi, le monitoring, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans du cercle ;
 - élaborer le rapport d'activités du cercle
- b) Au niveau régional :
 - planifier et organiser la mise en œuvre des orientations nationales ;
 - assurer la coordination, le suivi, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans et programmes des divisions et services rattachés ;
 - élaborer le rapport d'activités de la Direction. Régionale

- c) Au niveau central :
- La DNS et ses services rattachés élaborent un plan de supervision et suivi de la mise œuvre du programme de développement du secteur de la santé par rapport à leurs missions et leurs priorités
 - La DPM assure le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique
 - La CPS élabore les outils de suivi, de planification du programme sectoriel, un plan de suivi des indicateurs. Elle assure le suivi et la coordination de la mise en œuvre du schéma du national d'information sanitaire. Elle fait la synthèse et la consolidation de tous les plans.

 - La DAF élabore et suit le plan de financement du programme sectoriel. Elle participe à l'audit des comptes

Les partenaires techniques et financiers participent à ces élaborations en terme d'appui technique.

La société civile participe à la planification au suivi et à l'évaluation du programme.

7.1.3. LES OUTILS DE PLANIFICATION.

Les outils de planification, de suivi, de supervision et de monitoring seront adaptés au système de suivi du CSLP afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté.

7.1.4. LES ORGANES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PROGRAMME :

Ces organes seront révisés afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté.

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources.

Cependant, ce suivi dépendra en bonne part de la mobilisation des ressources qui reste tributaire d'une part des aspects macroéconomiques et des engagements politiques, et d'autre part des ressources mobilisées par les différents partenaires du secteur.

8. CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources.

8.1. CONDITIONS DE REUSSITE

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines reformes institutionnelles au niveau macro politique :

- a) La déconcentration du système de budgétisation par la mise en place des enveloppes budgétaires au niveau des régions sur la base des contrats de performance assortis de contrôle ex-post et audit financier annuel. Ce système impliquerait systématiquement les communautés, les ASACO, les conseils municipaux, les conseils de cercle et les délégués du gouvernement dans les cercles ou les communes
- b) L'intégration des politiques de prévention du VIH/SIDA dans toutes les composantes du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en se focalisant sur les programmes de prévention/atténuation de l'impact du SIDA et en ciblant les ménages qui étaient pauvres au moment de l'infection à VIH pour empêcher ces familles de sombrer dans une plus grande pauvreté ;
- c) La création d'un environnement éthique, juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes vivant avec le VIH ;
- d) La décentralisation : les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du CDMT s'appuient sur les options de découpage territorial et de transfert de responsabilité de l'état vers les collectivités décentralisées.
- e) L'éducation des populations : les stratégies proposées reposent sur une amélioration du niveau de scolarisation notamment celui des filles. Les taux de scolarisation sont encourageants, de tels résultats permettront d'accroître les performances du programme dont l'amélioration des conditions d'hygiène, de la nutrition, la réduction du niveau de fécondité, la prévention de risques maternels et infantiles ;
- f) La situation macro-économique : la perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus, des ménages, et des communautés à l'effort de financement de la santé. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs, promotionnels et curatifs, l'état doit accroître sa contribution au secteur de la santé. Les partenaires techniques et financiers devraient consolider leurs contributions au financement du programme sectoriel.
- g) La collaboration inter sectorielle : la résolution des problèmes de nutrition, de lutte contre la maladie, de disponibilité en eau potable, d'implication et de la participation des femmes, la problématique de préservation de

l'environnement nécessite l'implication et la participation des autres secteurs au développement notamment le développement rural, l'environnement et l'assainissement, l'hydraulique, la promotion de la femme et de l'enfant, la jeunesse et l'éducation.

- h) Les nouvelles reformes du secteur : l'implication de plus en plus importante des communautés, des autres secteurs au développement, du secteur privé et de la société civile dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à renforcer ou à redéfinir les rapports entre eux et les professionnels de la santé. Ce changement de mentalité qui a commencé avec la mise en œuvre du PRO.DE.S.S devra se poursuivre en développant de nouveaux partenariats. Le maintien et le renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers doivent être consolidés.
- i) Les ressources humaines : d'une manière générale, l'amélioration des performances du système de santé sera fonction de la qualité du personnel, de sa quantité et de sa motivation. Il est donc important d'élaborer un cadre organique d'emploi et un plan de carrière, et de mettre en œuvre des mécanismes de motivation du personnel de la santé. Il est également important de créer de façon décentralisée de nouvelles écoles de formation professionnelles et d'élaborer un plan de recrutement.
- j) L'extension de la couverture sanitaire : ce processus doit être poursuivi avec la pleine participation et contribution des collectivités décentralisées, des populations et des associations de santé communautaires.

8.2. RISQUES

Le principal risque reste l'insuffisance de mobilisation des ressources qu'elles soient par manque d'accompagnement des orientations du secteur par le budget de l'état ou par réduction de l'apport des partenaires. Pour l'éviter, il sera indispensable de conduire un réel consensus autour du CDMT afin de garantir une réelle appropriation du document par l'ensemble des acteurs.

Le second risque réside dans la multiplicité des procédures de gestion des ressources financière et matérielle.

9. CONCLUSION

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2003- 2007 devra être considéré comme l'outil de programmation budgétaire pour l'ensemble des intervenants du secteur ; pour cela il prend en compte les défis de la situation actuelle, les disponibilités financières macro-économiques et les activités qui conditionnent la performance en particulier au niveau des zones les plus pauvres.

Le principal risque reste l'insuffisance de mobilisation des ressources qu'elles soient par manque d'accompagnement des orientations du secteur par le budget de l'état ou par réduction de l'apport des partenaires. Pour l'éviter, il sera indispensable de conduire un réel consensus autour du CDMT afin de garantir une réelle appropriation du document par l'ensemble des acteurs.

10. ANNEXES

- Annexe 1 : Cadre logique du CDMT
- Annexe 2 : Modèle d'évolution du budget santé
- Annexe 3 : Indicateurs de santé par zone de pauvreté
- Annexe 4 : Structure des coûts additionnels par programme et par
Zone de pauvreté
- Annexe 5 : Synthèse des coûts additionnels par programmes et zones de
pauvreté
- Annexe 6 : Estimation des coûts additionnels, des coûts réels en fonction
des hypothèses d'augmentation du budget de l'État

Référence bibliographique :

- Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées, Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998 - 2007
- Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées, Programme de Développement du Sanitaire et Social (PRODESS) 1998 - 2002
- Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées, Enquête Démographique et de Santé du Mali Deuxième Edition (EDSM II), 1995 -1996
- Ministère de la Santé, Enquête Démographique et de Santé du Mali Troisième Edition (EDSM III), 2000 - 2001
- Ministère de la Santé, Composante Santé Population du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Septembre 2001
- Ministère de la Santé, Composante Santé Population du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, document d'analyse des Indicateurs de santé Septembre 2001
- Ministère de l'Economie et des Finances, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), Mai 2002
- Ministère de la Santé, Programme Triennal d'Investissement du PRODESS pour la période 2002 – 2004, Novembre 2001
- Ministère de la Santé, Plan Opérationnel (PO) 2002
- Documents d'analyse secondaire des résultats de l'EDSM III
- Notes d'observations des responsables des structures du Ministère de la Santé, des Partenaires Techniques et Financiers, de la Société civile et des ONG