

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**Ministère de la Santé et
du Développement Social**

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



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

PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2020-2023 (PRODESS IV)

VERSION FINALE

Mars 2021

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**Ministère de la Santé et du
Développement Social**

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



**CELLULE DE PLANIFICATION ET
DE STATISTIQUE SECTEUR SANTÉ DÉVELOPPEMENT SOCIAL
ET PROMOTION DE LA FAMILLE**

**PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT
SOCIO-SANITAIRE 2020-2023**

(PRODESS IV)

VERSION FINALE

Mars 2021

Tables des matières

Tables des matières	I	I
Liste des tableaux	III	III
Acronymes et abréviations	IV	IV
Avant-propos	XI	XI
1. Contexte et justification.....	1	1
1.1. PDDSS – cadre stratégique pour le PRODESS IV	2	2
1.2. Méthodologie.....	2	2
2. Généralités sur le pays.....	3	3
2.1. Données physiques	3	3
2.2. Découpage administratif.....	4	4
2.3. Situation démographique :.....	4	4
2.4. Situation économique et sociale	5	5
3. Généralité sur l’organisation du système socio-sanitaire	7	7
3.1. Système de santé :.....	7	7
3.2. Système de Protection Sociale :.....	8	8
4. Rappel des Politiques et Plans stratégiques sectoriels.....	12	12
4.1. Composante Santé	12	12
4.2. Composante Développement social.....	14	14
4.3. Composante Promotion de la Femme, Enfant et Famille	18	18
5. Analyse de la situation	19	19
5.1. Composante Santé	19	19
5.1.1. État de santé de la population.....	19	19
5.1.2. Soins de Santé primaires et lutte contre la maladie.....	24	24
5.1.3. Les Soins hospitaliers et Recherche	41	41
5.1.4. Disponibilité des médicaments, des dispositifs médicaux y compris les réactifs/tests, et des produits sanguins et dérivés.....	43	43
5.1.5. Gouvernance : Administration, Coordination, Décentralisation, Ressources humaines, Financement et Système d’Information Sanitaire.....	46	46
5.1.6. Réformes institutionnelles du secteur.....	55	55
5.1.7. Nutrition	56	56
5.2. Composante Développement social.....	58	58
5.2.1. Gouvernance, Administration générale, coordination et décentralisation :	58	58
5.2.2. Solidarité et Lutte contre l’Exclusion.....	63	63
5.2.3. Renforcement de la Protection Sociale et de l’Économie Sociale et Solidaire..	67	67
5.2.4. Lutte contre la pauvreté.....	72	72
5.3. Promotion de la Femme, de l’Enfant et de la Famille	73	73
5.3.1. Promotion de la Femme	73	73
5.3.2. Promotion de l’Enfant et de la Famille	73	73
5.3.3. Gouvernance : Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles.....	76	76
6. Les grandes réalisations du PRODESS III	84	84
6.1. Composante Santé	84	84
6.2. Composante Développement Social	88	88
6.3. Composante Promotion de la Femme, de l’Enfant et de la Famille	90	90
6.4. Résumés des grandes réalisations par composante.....	92	92
6.4.1. Composante Santé	92	92
6.4.2. Composante Développement Social.....	93	93
6.4.3. Promotion de la Femme, de l’Enfant et de la Famille.....	96	96

7.	Objectifs et Résultats Stratégiques du PRODESS	97
7.1.	Composante Santé	97
7.2.	Composante Développement Social	101
7.3.	Promotion de la Femme, de l'enfant et de la famille.....	103
8.	Interventions prioritaires par composante	104
8.1.	Composante Santé	104
8.1.1.	Soins de Santé primaires et lutte contre la maladie.....	104
8.1.2.	Disponibilité des Médicaments, Vaccins, Consommables, Produits sanguins et Accessibilité Financière aux Soins de Santé.....	107
8.1.3.	Gouvernance (Administration, coordination et décentralisation), Ressources Humaines, Financements de la santé et Système d'Information Sanitaire.	108
8.1.4.	Soins hospitaliers et recherche	110
8.2.	Développement Social	110
8.2.1.	Administration générale	110
8.2.2.	Renforcement de la Solidarité et lutte contre l'exclusion	111
8.2.3.	Renforcement de la Protection sociale et économie solidaire	111
8.2.4.	Lutte contre la pauvreté.....	112
8.3.	Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	112
8.3.1.	Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles ..	112
8.3.2.	Promotion de la Femme	113
8.3.3.	Promotion de l'Enfant et de la Famille	113
8.3.4.	Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant....	114
9.	Cadre de performance du PRODESS IV	115
10.	Coordination et suivi de mise en œuvre du PRODESS IV	162
10.1.	Cycle de programmation.....	162
10.2.	Financement Basé sur les Résultats	162
10.3.	Coordination et suivi.....	163
10.4.	Évaluation du PRODESS IV.....	163
11.	Couts du PRODESS IV	165
11.1.	Couts par niveau, composante et programme	165
11.1.1.	Niveau Régional.....	165
11.1.2.	Niveau central.....	167
11.2.	Couts par composante et par niveau	169
11.2.1.	Niveau régional	169
11.2.2.	Niveau Central.....	169
11.2.3.	Niveaux central et régional.....	170
11.3.	Coûts par niveau.....	170
11.4.	Cadrage de financement.....	171
12.	Annexes :	172
12.1.	Couts détaillés du PRODESS IV par programme, composante, objectif stratégique et résultat stratégique	172
12.1.1.	Niveau Régional	172
12.1.2.	Niveau Central.....	199

Liste des tableaux

Tableau 1: Évolution de la mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018	20
Tableau 2 : Évolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali (pour 1000)	21
Tableau 3 : Mortalité des enfants de moins 5 ans (pour 1000)	22
Tableau 4 : Mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile et infantile.	23
Tableau 5 : Couverture géographique par région en 2018 :	24
Tableau 6 : Ratio professionnels de santé (médecin, infirmier et sage-femme) pour 10 000 hbts par région au Mali en 2018 (SLIS 2018)	48
Tableau 7 : Évolution des dépenses de santé par source de financement 2013 à 2016 (en million de francs CFA).....	49
Tableau 8 : Financement des activités pour l'ensemble des acteurs de 2014 à 2018 (000) FCFA	58
Tableau 9 : Évolution de la situation du personnel du Développement Social de 2014 à 2018.	59
Tableau 10 : Indicateurs de mesures de résultats du Programme 2.....	63
Tableau 11 : Indicateurs de mesures de résultats du Programme 3.....	67
Tableau 12 : Ressources humaines Promotion de la famille.....	75
Tableau 13 : Évolution des indicateurs du Cadre Commun du PRODESS 2014-2018.....	84
Tableau 14 : Indicateurs du cadre commun de la composante sociale.....	88
Tableau 15 : Indicateurs du cadre commun de la composante Promotion de la Femme	90
Tableau 16 : Cadre de performance de la composante santé	115

Acronymes et abréviations

AB	Aide Budgétaire
ABG	Aide Budgétaire Globale
ABS	Aide Budgétaire Sectorielle
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AMAMUS	Agence Malienne de la Mutualité Sociale
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ANEH	Agence Nationale pour l'Evaluation des Hôpitaux
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ANSSA	Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments
ANTIM	Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale
ASC	Agents de Santé Communautaires
ARV	Antirétroviraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
ATMP	Accidents de Travail et Maladies Professionnelles
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation/Déconcentration
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CANAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CAP	Couple Année Protection
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDSES	Centre Communal de Développement Social et de l'Economie Solidaire
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CMIE	Centre Médical Inter-Entreprises
CNAM	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CNOU	Centre National des Œuvres Universitaires
CNIECS	Centre National d'Information d'Éducation et de Communication pour la Santé

CEPRIS	Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNOS	Centre national d'Odontostomatologie
CPN+	Consultation Périnatale plus
CPON	Consultation Post Natale
CPS-SS-DS-PF	Cellule de Planification et de Statistiques du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Economique et du Développement Durable
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CRMT	Centre Régional de Médecine Traditionnelle
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du
PRODESS	Programme de Développement sanitaire Social
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
CRLD	Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
CS	Comité de Suivi
CT	Comité Technique
DAF	Direction Administrative et Financière
DBC	Distribution à Base Communautaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DESAM	Développement Sanitaire du Mali (logiciel)
DESR	Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation

DFM	Direction des Finances et du Matériel
DGS	Dépenses Générales de l'Administration en Santé
DMT	Département de la Médecine Traditionnelle
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence en Santé de la Reproduction
DNCT	Direction Nationale de Collectivités Territoriales
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS	District Sanitaire
DSPS	Dépenses du Secteur Privé en Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTCP3	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite, 3e vaccination
DTS	Dépenses Totales en Santé
EDS-M	Enquête Démographique et de Santé – Mali
EIPC	Ecoles des Infirmiers de Premier Cycle
EPA	Établissement Public à caractère Administratif
EPH	Établissement Public Hospitalier
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST	Etablissement Public à Caractère Scientifique et Technologique
ESS	Economie Sociale et Solidaire
FAM	Fonds d'Assistance Médicale
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de santé communautaire
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire

FED	Fonds Européen de Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GSM	Global System for Mobile Communications
HACT	Harmonized Approach for Cash Transfers
HCCT	Haut Conseil des Collectivités Territoriales
HHA	Harmonisation of Health for Africa (Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide et l'harmonisation pour la santé en Afrique)
HIMO	Haute intensité de main-d'œuvre
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IPAEOHE	Institutions Privées d'Accueil, d'Écoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants
IS	Inspection de la Santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
IOTA	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
IHP (+)	International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)
JANS	Joint Assessment of National Strategies (Évaluation conjointe de Stratégies et plans nationaux)
KFW	Banque Allemande pour le Développement
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de la Recherche en Santé Publique
ISF	L'Indice Synthétique de Fécondité
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique

LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de Santé
LOA	Loi d'Orientation Agricole
MATCL	Ministère de l'Administration Territoriale et des collectivités Locales
MCS	Mission Conjointe de Suivi
MAS	Ministre chargé des Affaires Sociales
ME	Médicaments Essentiels
MICS/ELIM	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples et de Dépenses des
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MNT	Maladie non Transmissible
MFPFE	Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme et de l'Enfant
MUTEC	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture
NC	Nouveau Cas
NV	Naissances Vivantes
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OS	Objectifs stratégiques
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PECADOM	Prise En Charge à Domicile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDDAFEF	Plan Décennal de Développement pour l'Autonomisation de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
PRODAFFE	Programme de Développement pour l'Autonomisation de la Femme, de la Famille et l'Epanouissement de l'Enfant
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PNDRHS	Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNPF	Politique Nationale de Promotion de la Famille
PNSO	Programme National de Santé Oculaire
PO	Plan opérationnel
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PS	Protection Sociale
PSNAN	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
PSPHR	Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RMM	Rapport de Mortalité Maternelle
RS	Résultats stratégiques

RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDADME	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments essentiels
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel Médicaments Essentiels
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SD-SNISS	Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Social
SEPAUMAT	Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériel
SF	Sages-Femmes
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIH	Système d'Information Hospitalier
SISo	Système d'Information Sociale
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SLDSES	Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néo-Natals d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néo-Natals d'Urgence complets
TARV	Traitement Anti-Rétro-Viraux
TSS/TS	Techniciens Supérieurs de la Santé/ Techniciens de la Santé
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
US	Dollar américain
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Avant-propos

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux et durable des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Elle a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé.

Dans le domaine du Développement Social, le Gouvernement du Mali a adopté : (i) une nouvelle Politique Nationale de Solidarité le 16 octobre 2018 qui vise la création d'un environnement économique, politique, social, culturel et juridique permettant à tous les membres de la communauté de bénéficier des fruits de la croissance ; (ii) une Politique Nationale de Protection Sociale et son Plan d'actions le 12 octobre 2016 en vue « d'assurer un minimum de bien-être à tous les maliens, en luttant contre l'insuffisance monétaire, l'exclusion sociale et la discrimination » et (iii) une Politique Nationale de Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire et son plan d'actions le 15 février 2016 en vue de « contribuer à la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à la création de richesses et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali ».

Dans le cadre de la Promotion de la femme, de l'Enfant et de la Famille, le Gouvernement du Mali a adopté : (i) une Politique Nationale Genre le 24 novembre 2010 pour garantir l'épanouissement de toutes les femmes et de tous les hommes grâce au plein exercice de leurs droits égaux fondamentaux, à une citoyenneté active et participative et à l'accès équitable aux ressources, en vue de faire du Mali un pays émergent fort de sa croissance et fier de ses valeurs de justice, de paix, de solidarité et de cohésion sociale ; (ii) une Politique Nationale de Promotion et de Protection de l'Enfant en juillet 2014 pour une société démocratique qui garantit l'épanouissement de l'Enfant grâce à la jouissance et au plein exercice de ses droits et devoirs par une responsabilisation soutenue des parents, de la communauté, des collectivités et de l'État en vue de le préparer à une citoyenneté effective inspirée de nos valeurs socioculturelles ; (iii) une Politique Nationale de Promotion de la Famille (PNPF) en 2015 pour une famille viable et autonome, attachée à nos valeurs socioculturelles positives, portée par nos valeurs spirituelles et respectueuses des institutions, des droits humains et de l'environnement ; et (iv) une Politique Nationale de lutte contre les pratiques néfastes en novembre 2010 qui fait de la lutte contre l'excision et d'autres pratiques une priorité.

Ces politiques sont mises en œuvre en partie ou en totalité à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). Le premier PDDSS, issu de la politique de santé adoptée en 1990, a couvert la période 1998-2007 et a été exécuté à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle ; le PRODESS I (Programme de Développement Sanitaire et Social) de 1998 à 2002 et le PRODESS II de 2005 à 2009. Ce dernier a été prolongé à 2011 pour l'aligner sur le cycle du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011, qui constitue le document de référence pour les politiques et programmes sectoriels pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

L'évaluation de ce premier PDDSS en 2011 a fait ressortir des progrès importants réalisés dans le domaine socio sanitaire mais également des défis à relever pour une plus grande amélioration des conditions socio-sanitaires de la population. Les principales orientations proposées dans le rapport de cette évaluation concernent l'amélioration de la performance du système de santé pour qu'il soit proche des populations, bien géré et fournisse des prestations de qualité. Elles portent également sur la responsabilisation des acteurs, ainsi que le renforcement de la solidarité avec la maîtrise du développement du secteur.

Suite à cette évaluation, un deuxième PDDSS (2014-2023) a été élaboré en 2013 avec un retard imputable à la crise politico sécuritaire que le pays a traversé à partir de 2012. Au regard des recommandations de l'évaluation du premier plan, le PDDSS 2014-2023 devrait donner une opportunité pour passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé. Pour sa mise en œuvre, un troisième programme de développement socio-sanitaire (PRODESS III 2014-2018) a été élaboré et mis en œuvre en tenant compte du contexte marqué par la crise sociopolitique que le pays traverse.

Le PRODESS III a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 2017 qui a fait ressortir, d'une part, des progrès notables malgré la situation de crise que le pays traverse et d'autre part, des goulots d'étranglement importants dans tous les domaines et qui pourraient compromettre l'atteinte des cibles attendues.

Le PRODESS III a été prolongé à 2019 pour éviter le vide programmatique lié au retard accusé dans l'élaboration de la deuxième tranche du PDDSS 2014-2023.

L'élaboration du PRODESS IV (2020-2023), deuxième tranche quinquennale du PDDSS 2014-2023, a été entreprise en estimant que les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III réalisée en 2017 restaient d'actualité. Le processus d'élaboration de ce quatrième PRODESS a suivi la même logique que celui des précédents Programmes. Il s'est déroulé sous le leadership de la CPS/Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la famille, appuyé par trois groupes d'experts nationaux dont un pour chacun des trois départements.

Le PRODESS IV est en phase, non seulement, avec le CREDD mais aussi avec les ODD et prend également en compte les objectifs de programmation budgétaire dans le cadre de la gestion des finances publiques en mode Budget-Programme. Il reste, comme les PRODESS précédents, un précieux outil des services techniques du secteur santé, développement social et promotion de famille et leurs partenaires pour l'élaboration des plans opérationnels (PO) annuels et des autres projets de développement socio sanitaires.

1. Contexte et justification

Dans le cadre de la mise en œuvre du deuxième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), 2014-2023, le PRODESS III, 2014-2018 a été élaboré et mis en œuvre. Ce troisième PRODESS a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui a conclu que les objectifs du PRODESS III sont pertinents et nécessaires. Cependant, l'impact du Programme a été faible puisque la moitié des 24 indicateurs de prestation de services ne devrait pas être atteinte à terme. Aussi, la mise en œuvre des réformes nécessaires (19) pour l'amélioration du système de santé n'a presque pas démarré.

L'élaboration du PRODESS IV a été entreprise pour poursuivre la mise en œuvre du PDDSS 2014-2023 et prendre en charge les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III ainsi que d'autres événements survenus au niveau national et international notamment l'adoption du CREDD et des ODD.. Le processus d'élaboration du PRODESS IV s'inspire essentiellement des constats sur le terrain, des orientations du PDDSS et des autres documents d'orientation (CREDD et ODD). En étroite collaboration avec les Partenaire Techniques et Financiers (PTF), la société civile, les autres départements, les autres acteurs clés publics et privés, ce processus a été conduit de bas en haut afin de prendre en compte toutes les préoccupations réelles des populations.

Le PRODESS IV devrait fournir l'opportunité de passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé notamment l'amélioration de la qualité des prestations et leur accessibilité géographique et financière aux populations. Ainsi, les trois départements (le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, le Ministère de la Solidarité et de la Lutte contre la Pauvreté et le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ont conduit un processus de planification

1.1 PDDSS – cadre stratégique pour le PRODESS IV

Le PDDSS présente la vision du gouvernement malien en matière de santé et de développement social et de Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille pour l'atteinte des ODD définis dans le Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable (CREDD) 2019-2023. Les objectifs stratégiques (OS) du PDDSS 2014-2023 sont au nombre de onze (11) : (i) Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ; (ii) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ; (iii) Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles ; (iv) Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé ; (v) Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique; (vi) Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations; (vii) Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins; (viii) Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable; (ix) Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces; (x) Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire; (xi) Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.

Pour atteindre ces 11 OS, 63 Résultats Stratégiques (RS) ont été développés (voir annexe 2, pour la définition des OS et RS, ainsi que leurs relations). Pour chaque RS, des interventions prioritaires ont été également déclinées.

1.2. Méthodologie

Le PRODESS IV a été élaboré de la base au sommet suivant un processus largement participatif à l'image du PDDSS (2014-2023) et du PRODESS III. Ce processus a d'abord démarré avec l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III intervenue à un an de la fin du Programme.

Sous la supervision du Directeur de la Cellule de Planification et de Statistiques, secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS SS DS PF), trois groupes Ad Hoc ont été constitués dont un pour chacune des composantes du PRODESS (Santé, Développement Social et Promotion de la Famille). Des réflexions entreprises au niveau central ont permis de définir les orientations stratégiques et les outils techniques (organisations des Objectifs stratégiques dans un nombre réduit de programmes et Cadre logique du PRODESS IV).

Les Groupes ad hoc associés aux cadres des services centraux ont également fourni un appui technique aux équipes de région et des Districts Sanitaires (DS) pour l'élaboration de leurs plans quinquennaux sur la base des orientations nationales.

Sur la base des priorités locales et régionales des trois composantes du secteur, chaque région a élaboré son plan quinquennal consolidé avec un budget estimatif par OS et par RS du PDDSS (2014-2023). Par la même occasion, les services centraux, rattachés et services personnalisés des trois départements ont rendu disponibles leurs priorités pour la période de 2019 à 2023. Une agrégation de ses priorités avec les plans quinquennaux régionaux consolidés a permis d'aboutir à l'élaboration du PRODESS IV.

Le cadre logique a été réalisé sur la base des indications des plans consolidés des régions dont les activités étaient déjà budgétisées et les synthèses des données des services.

Le processus d'élaboration du PRODESS IV (2020-2023) a connu des retards à cause des agendas nationaux et internationaux souvent trop chargés. Ainsi, le document du PRODESS IV (2020-2023) a été validé le 4 mars 2021 par le Comité de Suivi extraordinaire du PRODESS qui a réuni les services centraux, rattachés et personnalisés des trois départements concernés et la société civile ainsi que tous les PTF concernés.

Le document PRODESS IV est organisé en sept grandes parties principales : (i) l'analyse de la situation par composante qui fait ressortir les forces, faiblesses, opportunités et menaces ; (ii) les grandes réalisations du PRODESS III par composante qui porte sur le niveau des indicateurs du Cadre Commun et les grandes réalisations du PRODESS III; (iii) les objectifs et résultats stratégiques en lien avec ceux du PDDSS ; (iv) les interventions prioritaires par composante ; (v) le cadre de performance qui définit les objectifs et résultats attendus en lien avec les Objectifs et les résultats Stratégiques du PDDSS ainsi que leurs indicateurs assortis des cibles à atteindre ; (vi) la coordination, le suivi évaluation et la mise en œuvre du PRODESS IV, (vii) les cadres logiques par composante et par programme qui précisent les coûts du PRODESS IV évalués à partir des extrants et activités nécessaires pour l'atteinte des cibles fixées par les cadres de performance.

2. Généralités sur le pays

2.1. Données physiques

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1 241 238 Km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1 500 Km et d'Est en Ouest sur 1 800 km. Il partage 7 200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé dans sa partie méridionale et centrale par les fleuves Niger (sur 1700 km) et Sénégal (sur 800 km) et leurs affluents et confluents.

2.2. Découpage administratif

Le Mali a opté en 1993 pour une politique de décentralisation et depuis 2012 pour une décentralisation plus poussée en créant de nouvelles circonscriptions administratives¹. Il compte aujourd'hui 20 régions administratives dont le district de Bamako (la capitale), 64 cercles, et 703 communes. Les cercles des nouvelles régions du Sud et du centre (Nioro, Kita, Dioïla, Nara, Bougouni, Koutiala, San, Douentza, Bandiagara) ne sont pas encore connus. Ces Collectivités Territoriales (CT) ont comme mission, la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique, social et culturel d'intérêt régional ou local.

2.3. Situation démographique :

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009), la population résidente du Mali s'élevait à 14 528 662 habitants en avril 2009 dont 51% de femmes et 49% d'hommes. La densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. Le taux d'accroissement intercensitaire est de 3,6%.

La majorité de la population du pays réside en milieu rural (77,5%). La répartition spatiale est inégale. La population est en outre caractérisée par sa jeunesse (46,6%) âgée de moins de 15 ans.

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) s'élevaient à 4 035 460 et représentaient ainsi 23% de la population totale, les principaux sous-groupes sont constitués de :

- ✓ enfants de moins d'un an (0-11 mois) : 3%
- ✓ enfants de 1 an à 4 ans (12-59 mois) : 14 %
- ✓ enfants de moins de 5 ans (0-4 ans) : 17 %
- ✓ enfants de moins de 15 ans (0-14 ans) : 46 %
- ✓ jeunes de moins de 19 ans (0-18 ans) : 55 %
- ✓ femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 23%

La population est estimée à 19 973 925 habitants en 2019 selon les résultats des projections issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2009.

La pression démographique pose un défi énorme pour la fourniture de services sociaux au Mali. En effet, la croissance démographique est très rapide et est classée parmi les plus élevées au monde. Ainsi, la population doublera au moins tous les 25 ans (Plan stratégique SPSR 2017-2018). Cette tendance s'explique à priori par la forte baisse de la mortalité qui n'a surtout pas encore été compensée par un déclin de la fécondité. En effet, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 6,3 enfants/femme selon l'EDS-M-VI 2018.

¹ Loi N° 2012-017 du 02 mars 2012 portant création de circonscriptions administratives en République du Mali

2.4. Situation économique et sociale

L'économie du Mali est essentiellement à vocation agropastorale et piscicole, caractérisée par sa vulnérabilité aux aléas climatiques. L'amélioration de la performance du cadre macroéconomique se poursuit à travers la bonne tenue des indicateurs macroéconomiques. En 2018, la croissance du PIB réel est ressortie à 4,7% contre 5,4% en 2017, 5,8% en 2016 et 6% en 2015. En moyenne, le taux de croissance du PIB est ressorti à 5,4% sur la période 2015-2018.

L'Indice de développement humain (IDH) connaît une croissance faible passant de 0,40 à 0,43 entre 2010 et 2017. Selon les projections des Nations-Unies, il évoluera très peu pour atteindre 0,44 en 2020. Ajusté aux inégalités, l'indice est seulement de 0,27 en 2017, faisant du Mali un pays où le développement humain est faible et les inégalités fortes.

L'économie repose principalement sur les secteurs primaire et tertiaire, synonymes d'une faible transformation des produits nationaux et reste dominée par le secteur informel. C'est dans ce cadre que nous retenons quelques traits marquants de cette situation :

- La **pauvreté** demeure un phénomène complexe, multidimensionnel et difficilement mesurable. Sa réduction, voire son éradication, requiert des solutions multisectorielles intégrées. Généralement le phénomène de la pauvreté au Mali est appréhendé à travers deux dimensions essentielles : monétaire et non monétaire ou des conditions de vie. L'approche monétaire (basée sur le manque de revenus ou l'insuffisance de ressources qui engendre une consommation insuffisante) était celle qui était la plus utilisée pour appréhender la pauvreté au Mali. Le caractère unidimensionnel de cette approche a conduit à la compléter avec l'approche de la pauvreté non monétaire (appelée aussi pauvreté multidimensionnelle ou pauvreté des conditions de vie).

Avec un seuil de pauvreté² estimé à 178 343 FCFA en 2017 soit environ 489 francs CFA par jour (0,978 dollars US), l'incidence de la pauvreté monétaire en 2017 est de 44,9 % contre 46,8 % en 2016 soit une baisse de 1,9%.

Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

Par ailleurs, le ratio de soutien économique (rapport entre le nombre de travailleurs effectifs et le nombre de consommateurs effectifs) s'évalue à 43%, ce qui signifie que 43 personnes travaillent effectivement pour prendre en charge 100 personnes.

- La situation de l'**emploi** est caractérisée par le taux élevé de chômage surtout chez les jeunes. Le chômage frappe aussi plus fréquemment les jeunes de niveau d'éducation supérieur (44.2%) que secondaire (31.8%). En plus, le marché du travail est caractérisé aussi par le poids extrêmement élevé (97%) des emplois informels.

² Cellule Technique CSLP : Rapport de diagnostic stratégique du Cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable (CREDD 2019-2023).

- **L'urbanisation accélérée** suite à la migration interne et l'accroissement naturel de la population doublée de la croissance démographique rapide se traduisent par d'importantes distorsions entre les ressources disponibles et les besoins de plus en plus croissants et diversifiés des populations en termes d'alimentation, d'éducation, de santé ou de logements.

La maîtrise de cette situation par les gouvernants est la condition première pour une planification rigoureuse de la mise à disposition de la population des services sociaux de base.

- **L'instruction et la formation professionnelle** sont des dimensions fondamentales du développement du capital humain.

La vision³ des départements en charge de l'éducation et de la formation professionnelle est qu'à l'horizon 2028, le Mali dispose d'un système éducatif performant et inclusif qui forme des citoyens patriotes, responsables, producteurs et créatifs qui contribuent au développement socio-économique de leur pays.

Cependant, ce secteur reste confronté à de sérieux problèmes structurels notamment l'insuffisance des ressources humaines tant en nombre qu'en qualité dans tous les cycles d'enseignement et de formation, la mauvaise qualité de l'enseignement offert, etc. Toute chose qui explique, en partie, la régression ou la détérioration des produits et des services rendus par tous les autres secteurs de la société.

- **La crise politico-institutionnelle et sécuritaire** qui sévit au Mali depuis 2012 résultant d'un ensemble de facteurs internes et externes se résume essentiellement par le déficit de gouvernance des dirigeants du pays. Elle a comme conséquence, aujourd'hui encore, des attaques terroristes meurtrières causant des hécatombes, la fuite ou le déplacement massif des milliers d'individus vers l'intérieur et l'extérieur du pays, la destruction des services sociaux de base, la détérioration des facteurs de production au nord du pays ; ainsi qu'une déflagration de la violence au centre se traduisant par des conflits intercommunautaires avec tout autant ses morts d'hommes, de femmes et d'enfants, freinant ou réduisant la mise en œuvre des programmes de développement dans ces régions

³ Ibid. CREDD 2019-2023

3. Généralité sur l'organisation du système socio-sanitaire

Le système de santé et le système de protection sociale sont complémentaires et inextricable a beaucoup d'égard sur le plan opérationnel.

3.1. Système de santé :

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

Sur le plan administratif, le système de santé est structuré en trois niveaux : (i) Le niveau central définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement du système. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce de mobiliser les ressources auprès de l'État et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et du Secteur privé pour le financement des soins de qualité accessibles à tous ; (ii) Le niveau régional /intermédiaire assure l'appui technique au niveau opérationnel ; (iii) le niveau District ou niveau opérationnel où **l'Équipe Cadre de District** assure l'appui technique aux CSCOM.

Sur le plan technique : (i) Le premier niveau de contact avec le système de santé est représenté par les CSCOM au nombre de 1368 CSCOM fonctionnels en décembre 2018. Certains villages dans les aires de santé disposent de maternités rurales tenues par des matrones. (ii) Le premier niveau de référence est constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf) ou hôpitaux de District au nombre de 65 en 2018. Ils sont généralement au niveau des chefs-lieux de Cercles et disposent d'un plateau technique permettant d'assurer la prise en charge des soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgence tels que les césariennes. (iii) Le second niveau de référence est constitué des Établissements Publics Hospitaliers régionaux au nombre de six (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou) et l'Hôpital Mère Enfant le Luxembourg reconnue d'utilité publique situé dans le District de Bamako. (iv) Le troisième niveau de référence comprend les Etablissements Publics Hospitaliers avec un plateau technique à vocation générale (Hôpital Point G, Hôpital Gabriel, Hôpital du Mali, Hôpital de Kati) ou spécialisé (Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique-IOTA et Centre d'Odonto-Stomatologie-CNOS). La position de l'EPH de Kati comme troisième niveau de référence s'explique par l'existence du centre d'excellence de traumatologie orthopédique.

A côté du système public, il existe : (i) un **Secteur sanitaire privé** à but lucratif et non lucratif, autorisé depuis 1985, dans les domaines notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel ; (ii) des **services de santé de l'Armée composés** de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux ; (iii) des **services confessionnels de santé** des organisations religieuses qui complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national ; (iv) une **médecine traditionnelle** riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages. Elle

constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures. On constate que dans 31% des cas, les malades sont allés cueillir des plantes pour se soigner.

3.2. Système de Protection Sociale :

Le système de protection sociale peut être défini comme l'ensemble des structures, des Institutions de Sécurité Sociale (ISS), des organisations, des programmes ou des stratégies qui, dans un dispositif d'interdépendance et d'interaction, protège toutes les catégories de la population du pays contre des risques sociaux bien circonscrits et dans des conditions d'accès bien réglementées.

Ainsi, la Protection Sociale de façon générale est définie comme l'ensemble des mesures préconisées par l'État et les Collectivités pour assurer la prise en charge des risques sociaux de la population. L'Union Africaine (UA) précise cette définition comme étant «une gamme d'actions protectrices publiques entreprises par l'État et d'autres acteurs en réponse aux niveaux inacceptables de vulnérabilité et de pauvreté et qui visent à garantir une restauration des droits humains face aux risques de destruction chez la frange de population qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, sont incapables de s'auto prendre en charge »⁴ ; d'où l'inscription en lettre d'or de la Protection sociale du citoyen dans la Constitution de la République du Mali.

La Protection sociale englobe donc à la fois les régimes contributifs (régimes auxquels les bénéficiaires contribuent en partie, tels que les systèmes de sécurité sociale liés à l'emploi, les systèmes d'assurance sociale et/ou mutuelles sociales) et les régimes non contributifs (à travers lesquels les transferts sociaux en espèces ou en nature sont octroyés aux bénéficiaires sans contrepartie de leur part). Elle agit ainsi sur la demande, à travers des mécanismes qui cherchent à renforcer les capacités des individus et des groupes à faire face aux besoins de la vie et de briser les barrières, tant économiques que sociales, qui limitent leur accès aux services sociaux de base notamment et aux bénéfices du développement en général.

- **Les régimes contributifs** : Le dispositif de sécurité sociale est assuré par les structures, institutions et organisations suivantes : l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), les mutuelles sociales et les compagnies d'assurance privée.
- **Les régimes non contributifs** : Les programmes et régimes non contributifs de Protection sociale comprennent : le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), les programmes des filets sociaux, les autres programmes de gratuité et les subventions définies par l'État Malien.

⁴ Citation tirée du rapport de l'ODHD, Protection Sociale et Développement Humain au Mali, 2012

Au plan opérationnel, la protection sociale comprend quatre composantes :

- a) **La Sécurité Sociale (assurance sociale) :** L'assurance sociale est de nature contributive. Elle est souvent liée à l'emploi, à travers le paiement des cotisations par les employés et/ou leurs employeurs.
- b) **L'assistance sociale ou l'aide sociale (régime non- contributif) :** Elle comporte généralement des transferts réguliers, prévisibles (en espèces ou en nature, y compris les exonérations de frais ou les subventions générales des prix) de la part d'entités gouvernementales et non gouvernementales en faveur d'individus et/ou de ménages.

On parle aussi de filets sociaux ou de transferts sociaux pour désigner ces types de régimes non contributifs. Dans cette catégorie, on peut citer notamment : (i) les transferts monétaires en espèces; (ii) les transferts en nature (tels que les programmes de distribution alimentaire gratuits, les distributions des produits nutritionnels, les cantines scolaires...); (iii) les subventions générales sous forme d'exonérations de taxes sur les denrées alimentaires, de carburant, de gaz butane, d'eau ou d'électricité; (iv) les revenus temporaires à travers les travaux à haute intensité de main-d'œuvre /HIMO (c'est-à-dire argent ou vivres contre travail); (v) les mesures pour faciliter l'accès aux services de base (c'est-à-dire, exemption de frais pour les services de santé, les distributions des kits scolaires, la vaccination, ...).

- c) **Les services sociaux (actions sociales) :** Cette branche « non monétaire » de la protection sociale englobe une large gamme des programmes de prévention et de réponse à des risques spécifiques de nature aiguë, incluant des campagnes de sensibilisation, des actions d'appui psychosocial, des programmes de soutien aux familles et d'autres types d'interventions. Ces programmes visent à apporter une réponse aux risques de violences, d'abus, d'exploitation, de discrimination ou d'exclusion.
- d) **La législation protectrice (mesures d'équité) :** Le droit des personnes à la protection contre les risques doit faire l'objet d'une législation appropriée; et il faut des mécanismes pour assurer l'application effective de ce cadre juridique protecteur. La législation protectrice s'attaque aussi aux déséquilibres des pouvoirs qui créent ou maintiennent la vulnérabilité des personnes ou des groupes marginalisés, notamment par des mesures contre la discrimination. Elle renforce les capacités des personnes marginalisées à accéder à la protection sociale.

La protection sociale joue les quatre fonctions principales suivantes :

- a) **La Fonction de prévention :** A travers les mesures visant à mieux anticiper et faire face aux risques de la vie. Il peut s'agir d'une assurance sociale, de l'aide à l'épargne ou à la gestion des risques liés aux revenus, de programmes générateurs d'emploi à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), d'un soutien à un partage local des risques, ou l'introduction de produits d'assurance adaptés aux différentes couches de la population.

- b) **La Fonction de protection** : En garantissant un seuil minimum en-dessous duquel les personnes vulnérables ne doivent pas tomber, par exemple les filets de sécurité tels que l'aide alimentaire, les transferts monétaires, pour établir un niveau de vie minimum acceptable (garantie d'un seuil minimum).
- c) **La Fonction de promotion** : A travers l'investissement dans le capital humain et l'insertion dans le marché du travail qui accroissent les revenus réels et les capacités des ménages ou des individus, comme par exemple la formation professionnelle, la micro finance, la réinsertion dans le marché du travail et d'autres formes d'investissements dans le capital humain.
- d) **La Fonction de transformation** : Elle s'illustre par le renforcement de la justice sociale et les droits des exclus et marginalisés. Aussi, cette fonction se réalise en s'attaquant aux déséquilibres des pouvoirs qui créent ou maintiennent la vulnérabilité, à travers le renforcement du statut social et les droits des catégories des personnes exclues ou marginalisées.

Le socle de protection sociale repose sur les quatre garanties essentielles ci-après :

- a) **accès à un ensemble de biens et services** définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;
- b) **sécurité élémentaire de revenu pour les enfants**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;
- c) **sécurité élémentaire de revenu**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, **pour les personnes d'âge actif** qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;
- d) **sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

Au Mali, la volonté d'étendre le champ d'application matériel et personnel de la protection sociale a été clairement définie et constitue la base pour l'opérationnalisation des piliers d'un socle de protection qui prend en compte les spécificités et les capacités nationales⁵.

⁵ Les socles nationaux de protection sociale sont « des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir la vulnérabilité et l'exclusion sociale »

La réalisation progressive⁶ de ce **socle de protection sociale** au Mali repose sur les engagements stratégiques suivants :

- a) La réalisation d'une couverture maladie universelle, à travers le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ;
- b) **L'accès au revenu minimum pour les enfants et familles très pauvres**, à travers des programmes des filets sociaux pour assurer l'accès à l'alimentation, à l'éducation, et à tout autre bien et services sociaux de base ;
- c) **La sécurité élémentaire de revenu**, à travers le respect au moins du revenu minimal national pour tous les travailleurs du secteur public et privé ;
- d) **Les facilités accordées aux personnes âgées et les personnes handicapées** pour bénéficier en priorité des services publics et privés.

La Protection Sociale (PS) dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS IV est une opportunité fondamentale pour le système de santé du pays qui est à la croisée des chemins (la Couverture Sanitaire Universelle, la Décentralisation poussée et l'opérationnalisation des ODD). La PS doit jouer dans ce contexte le rôle de moteur essentiel entre l'offre et la demande des soins et services de santé en particulier et des services sociaux de base en général. Il faut rappeler à ce propos que dans le cadre de l'élaboration des Objectifs du Développement Durable –ODD- (horizon 2030), il est mentionné expressément que « la dynamique engagée par le Gouvernement, pour ne « laisser aucun citoyen pour compte » a fondamentalement renforcé les synergies dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de développement ⁷».

En fin, le système de Protection sociale, dans l'esprit et la pratique de la redistribution des fruits de la croissance économique, est le dispositif pertinent et efficace pouvant favoriser l'accès de la très grande majorité de la population aux services sociaux de base en boostant plus spécifiquement, dans l'équité et la justice sociale, le taux de la demande des soins et services de santé, de la scolarisation et du maintien des enfants dans le système éducatif, de l'autonomisation des groupes vulnérables en général et en particulier, les femmes et les enfants.

⁶ Suite aux recommandations formulées lors de la 3^e Conférence Nationale sur la Protection Sociale (CNPS) au Mali en 2017, la DNPS-ES avait été responsabilisée pour « engager le processus de définition du socle de Protection sociale au Mali avec l'accompagnement du BIT et de l'UNICEF ».

La mise au point de cette recommandation dans le cadre de la CNPS de 2018 a révélée que trois études ont été réalisées. Il s'agit de : (i) Etude de Cash Working Group sur le Panier de Dépense Minimum des ménages (PMB), (ii) Etude de la FAO sur la définition du Paquet Intégré de Protection Sociale, (iii) Etude sur l'extension de la Protection sociale aux populations rurales du Mali commanditée la DNPS/FAO et réalisée par l'Institut de Recherche et d'Applications des Méthodes de Développement (IRAM) avec l'appui de Miseli et G-Force.

⁷ MSAH, ODHD, Système des Nations Unies, *Situation de Référence des Objectifs de Développement Durable (ODD) au Mali*, P5, janvier 2019.

4. Rappel des Politiques et Plans stratégiques sectoriels

4.1. Composante Santé

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. Ceci a été reconfirmé par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 - 049 du 22 Juillet 2002, qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) I sur la période 1998-2002 et le PRODESS II, sur la période 2005- 2009. Le PRODESS II a été par la suite prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011. Suite à l'évaluation de ce plan décennal, celui couvrant la période 2014-2023 a été élaboré et adopté pendant la période de transition 2012-2013. Il a été mis en œuvre à travers sa 1^{re} tranche quinquennale, PRODESS III 2014-2018. Tous ces documents stratégiques ont eu comme références, les 1^{re}, 2^e et 3^e générations du programme de lutte contre la pauvreté (CSLP, CSCR et CREDD) pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Globalement, pour tous les indicateurs OMD, un progrès a été constaté entre 1998 et 2013. Toutefois des efforts sont requis pour progresser plus vite. C'est ainsi qu'en 2015, les Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 (ODD -2030) C'est sur la base des ODD que le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD) a été élaboré, actuelle référence des politiques et programmes sectoriels.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a aussi élaboré et adopté d'autres politiques et stratégies nationales. Il s'agit entre autres :

La Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé adoptée par le Gouvernement en 2009 a pour objectifs généraux (i) rendre disponible les ressources compétentes et de qualité à tous les niveaux du système de santé en vue de l'offre de soins de qualité aux populations surtout dans les zones pauvres et difficiles, (ii) promouvoir l'épanouissement et le rayonnement des ressources humaines pour la santé en vue d'obtenir un bon rendement, une meilleure productivité et une meilleure qualité du travail dans l'accomplissement des missions qui leur sont assignées pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

La politique Pharmaceutique Nationale de 2012 a pour objectif général de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel.

La Politique Nationale des Laboratoires de Biologie Médicale du Mali a pour vision, de doter le Mali d'un système national de laboratoires fonctionnels, couvrant équitablement l'ensemble du pays, accessibles aux populations et participant efficacement à la protection et à la promotion de la santé des populations d'ici 2022. Ce document de politique a été validé en conseil de Cabinet et est dans le processus d'adoption.

Le Plan Stratégique National pour le Renforcement des Laboratoires de Biologie Médicale au Mali 2017–2021 a pour objectif général d'établir le cadre institutionnel et les lignes directrices pour le développement d'un système national de laboratoires performant, évolutif, contribuant, dans le cadre du PDDSS, au bien-être des populations.

Le Plan Stratégique National pour la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2017-2021. Le but de ce plan est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant au sein des populations du Mali à travers la prévention des IST/VIH et du Sida et des grossesses non désirées, la disponibilité permanente de produits de qualité y compris les Condoms et les kits d'urgence et l'offre de service SR de qualité.

La Politique Nationale de Nutrition adoptée en janvier 2013 a pour vision d'assurer le droit à une nutrition adéquate à la population malienne toute entière en vue de satisfaire son bien-être et garantir un développement national durable. Son objectif général est de contribuer à assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national.

La Stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture universelle a pour vision « Une société offrant un accès équitable aux services de santé de qualité à tous ses citoyens par la mobilisation de ressources suffisantes et pérennes, utilisées de façon optimale avec la pleine participation de tous les acteurs » et pour objectif général « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne et au développement durable du Mali ».

Le Plan stratégique national de la santé de la reproduction du Mali 2014-2018 avait comme vision « Le Mali croit à un système qui garantit aux populations un accès à des soins et services de santé reproductive de qualité en tout lieu et en tout moment » y compris la PF et pour objectif général « Améliorer l'état de santé de la reproduction de la population ». Un nouveau plan stratégique 2020-2024 est en cours de validation.

Le Plan Stratégique pour l'amélioration des conditions et pratiques d'hygiène dans les établissements de restauration collective et les points de vente des aliments sur la voie publique 2014-2018 a pour objectif général de contribuer à la prévention des risques sanitaires liés aux aliments de la restauration collective.

Plusieurs autres politiques et stratégies sont soit en cours d'élaboration, de révision et d'adoption parmi lesquels : (i) la Politique Nationale des laboratoires de diagnostics biologiques ; (ii) la Politique nationale de Transfusion Sanguine ; (iii) le Plan Stratégique national de développement des ressources humaines du secteur ; (iv) le Plan Stratégique de santé scolaire ; (v) le Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire ; (vi) le Plan d'Action

National de lutte contre la Résistance aux Antimicrobiens ; (vii) le Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et jeunes ; (viii) le Plan d'action national budgétisé de planification familiale au Mali.

Plan stratégique (2019-2023) du Programme National de Santé Oculaire (PNSO) Juillet 2019 dont les objectifs sont : (i) améliorer l'accès et la couverture aux services pour les causes les plus courantes de déficience visuelle, incluant notamment le glaucome, la rétinopathie diabétique et d'autres services de soins oculaires spécialisés permettant de réduire la cécité et la déficience visuelle ; (ii) assurer un système d'approvisionnement efficace concernant la technologie, les médicaments et les consommables ophtalmologiques qui soit à part entière dans le système d'approvisionnement du gouvernement ; (iii) avoir un système de surveillance efficace pour s'assurer que la qualité des services soit suivie, notamment en ce qui concerne les résultats des chirurgies de la cataracte à tous les stades.

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé, 2019-2023 a pour vision « une masse critique de ressources humaines compétentes, engagées et motivées est mise progressivement en place dans le secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille d'ici 2030.

Le Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition 2014-2018 a pour vision d'assurer le droit à une alimentation adéquate à la population malienne en vue de satisfaire son bien-être et garantir un développement national durable.

La Stratégie d'amélioration de la qualité des soins et services dans les établissements de santé assortie d'un plan d'action 2018 qui a pour objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins et services offerts à la population de façon continue et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.2. Composante Développement social

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses missions, le Gouvernement a élaboré dans le domaine de la composante développement social des politiques et développé les stratégies suivantes :

La Politique Nationale de Solidarité :

Cette Politique a été adoptée par le décret n°2018 0789/P-RM du 16 octobre 2018 et a pour finalité la création d'un environnement économique, politique, social, culturel et juridique qui permet à tous les membres de la communauté de bénéficier des fruits de la croissance.

La vision du Mali en matière de solidarité est d'assurer à tous les citoyens un mieux-être dans le cadre d'une société harmonieuse fondée sur le respect des droits de l'homme, des libertés fondamentales, de l'équité et de justice sociale. L'objectif affiché de la Politique de Solidarité est de lutter contre les exclusions sociales et la très grande pauvreté en plaçant au centre de ses programmes et plans spécifiques la promotion et la protection des personnes âgées, des personnes handicapées, des femmes sans soutien et seules chargées de famille, des personnes les plus

démunies, des personnes en détresse ou victimes de calamités et des enfants en situation difficile. Il s'agit donc d'assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de précarité, de la très grande pauvreté et d'exclusions sociales en vue d'un développement humain durable.

Il faut signaler que la plus grande contrainte dans ce domaine, selon le rapport de consultations nationales sur l'agenda de développement, se situe d'après 2015 « au niveau de la jouissance des droits économiques sociaux et culturels (qui) peuvent se résumer en termes de difficultés d'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base d'une part et d'autre part, à l'insuffisance des structures de prise en charge de ces personnes vulnérables tant aux niveaux central, régional que local⁸. »

La Politique Nationale de Protection Sociale :

La Politique Nationale de Protection Sociale et son Plan d'actions ont été adoptés le 12 octobre 2016 par le Gouvernement du Mali qui a pour, vision « d'assurer un minimum de bien-être à tous les maliens, en luttant contre l'insuffisance monétaire, l'exclusion sociale et la discrimination ».

L'extension de la couverture sociale se fera à travers un certain nombre de dispositifs: (i) la réalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), (ii) une meilleure promotion des transferts sociaux (transferts monétaires, coupons, appuis productifs, construction/réhabilitation des moyens d'existence) en faveur des populations vulnérables, (iii) l'extension de la protection sociale au monde agricole et au secteur informel et (iv) le développement des mécanismes permettant de renforcer l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre des initiatives de protection sociale au profit des populations, particulièrement les couches les plus vulnérables.

Dans ce cadre, les autorités ont mis l'accent dans un premier temps sur la couverture maladie à travers l'instauration d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) qui vise l'organisation et la promotion de la demande de santé, tout en veillant à ce que l'offre de services puisse aussi remplir les conditions de qualité et de réactivité requises.

Par ailleurs, il a été créé l'Agence Malienne de la Mutualité Sociale (AMAMUS) suivant la loi N°2019-020/AN-RM du 03 juillet 2019.

La politique nationale de promotion de l'économie sociale et solidaire :

La Politique Nationale de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire et son plan d'actions ont été adoptés suivant le Décret N°2016-0066/P-RM du 15 février 2016. La vision du gouvernement en la matière est de « Contribuer au raffermissement d'une société démocratique au sein de laquelle la réduction de la pauvreté se réalisera par la création et la redistribution de richesses à travers la promotion des entreprises et organisations basées sur la solidarité et la primauté de la personne ».

⁸ Primature, Rapport de consultations nationales sur l'agenda de développement d'après 2015, mai 2013 ; in, Secrétariat Permanent du PRODESS – CPSS-SDSPF, PRODESS III, version finale, 2014, Bamako, P 25

Son objectif global est de « contribuer à la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à la création de richesses et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali ».

Cette volonté politique du Gouvernement se manifeste par : (i) l'élaboration et l'adoption de la loi d'orientation sur l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication et de plaidoyer sur l'ESS, (iii) la mise en place de mécanismes de financement des Organisations et Entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire (iv) la promotion de la représentativité des femmes dans les organes de gestion des Associations de Santé Communautaire (ASACO) et leurs faitières, (v) le renforcement de la fonctionnalité des organes de gestion des ASACO et des comités paritaires de suivi de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) et (vi) l'amélioration de la performance des Organisations et Entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire pour la fourniture, au plus grand nombre de maliens, des services sociaux de base comme la santé, l'éducation, l'eau, l'hygiène, l'assainissement, les emplois et des revenus monétaires, etc.

Il faut noter que le monde rural, représentant plus de 75% de la population au Mali, est en général celui qui est le plus durement affecté par la pauvreté. Cette pauvreté rurale frappe aussi plus fortement les femmes que les hommes rendant ainsi cette catégorie de la population (la plus nombreuse) extrêmement vulnérable.

A ce jour, cette population rurale ne bénéficie d'aucun mécanisme efficace de couverture sociale ni dans le domaine de la garantie des revenus au producteur, ni dans le domaine des risques sociaux classiques (régimes de prévoyance sociale) définis par la convention 102 de l'OIT, à savoir la maladie, la vieillesse, les accidents de travail et maladies professionnelles, les charges familiales, l'invalidité, le chômage, le décès et la maternité.

Le besoin de couverture des risques du monde rural a été donc exprimé par les producteurs ruraux depuis les états généraux tenus en 1991.

La prise en compte de cette volonté par le gouvernement du Mali a concouru entre autres à l'adoption de la Loi N°06-045 du 05 septembre 2006 portant Loi d'Orientation Agricole (LOA) qui stipule en son article 26 : « les personnes exerçant des professions Agricoles au sein d'exploitations familiales et entreprises Agricoles bénéficient de la protection sociale. L'État, en concertation avec la profession Agricole définit et met en place un régime de protection sociale des travailleurs des exploitations familiales ». Ainsi, la mise en place du régime de protection sociale du secteur agricole et informel constitue un des défis majeurs à relever. Cette dimension est suffisamment appréhendée dans le cadre de l'appui du Royaume des Pays Bas⁹ au Mali ; ce qui va constituer un des axes prioritaires du PRODESS IV.

⁹ MSHP, MSAH, MPFEF, *Cadre de performance 2019 des réformes du PRODESS appuyées par le Royaume des Pays Bas*, CPS-SSDSPF, mai 2019.

La Politique Nationale de l'Action Humanitaire :

Cette Politique et son Plan d'Actions ont été adoptés en janvier 2015 et ont pour but de mettre en place un cadre institutionnel, stratégique et de réglementation de la réponse humanitaire dans le but de sauvegarder et renforcer l'espace humanitaire, tout en mettant l'accent sur une meilleure coordination des activités. Il vise ainsi à prévenir les risques et d'apporter l'assistance humanitaire aux personnes dans le besoin au moment opportun en qualité et en quantité requises. Son objectif est la prévision, la prévention et la gestion globale des catastrophes, des crises et des conflits en vue de limiter ou d'annihiler leurs effets, évitant ainsi les pertes en vies humaines, la souffrance humaine et faciliter la transition de l'urgence au développement en passant par le relèvement.

Aussi, le Gouvernement a adopté, entre 2016 et 2018, des textes relatifs respectivement aux pupilles en République du Mali (Loi n°2016-058/AN-RM du 27 décembre 2016 instituant les Pupilles en République du Mali) et celle portant création de l'Office National des Pupilles en République du Mali (Loi n°2018-011/AN-RM du 12 février 2018) ainsi que le décret n° 2017-0751/P-RM du 29 août 2017 fixant les modalités d'application de la loi instituant les Pupilles en République du Mali.

Par ailleurs, la Fondation pour la Solidarité a été créée pour contribuer à la mise en œuvre de la politique sociale en faveur des militaires et leurs ayants droits dans les domaines de l'éducation, de la santé, du logement, de la reconversion.

Le Plan Stratégique de Promotion Socio-Économique des Personnes en Situation de Handicap :

Ce plan stratégique vise à « assurer la pleine participation et l'égalité des chances pour les personnes en situation de handicap dans une société malienne émergente et sans discriminations ». Son objectif est d'améliorer la réinsertion socio-économique des personnes en situation de handicap pour leur participation effective au développement du pays.

La stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle :

La Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle et son plan d'actions ont été adoptés par le conseil des ministres suivant le Décret n°2018-0808/P-RM du 23 octobre 2018. Son objectif est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne et au développement durable du Mali ». La mise en œuvre de cette stratégie permet, en principe, de donner accès aux soins de qualité pour l'ensemble de la population du Mali en levant la barrière d'accessibilité financière.

La Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé :

Le Gouvernement du Mali a adopté le 09 février 2011, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé et son Programme quinquennal « une commune, une mutuelle » s'inscrivant dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle. L'objectif général est : « d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs informels et ruraux aux soins de santé de qualité au Mali ». Cette

stratégie a démarré en 2012 à travers une Phase Pilote de trois ans et couvrait les régions de Sikasso, Ségou et Mopti.

La Stratégie Nationale de Développement de la Réadaptation Fonctionnelle au Mali (SNRF) 2017-2026 :

Sa vision est de contribuer à l'avènement d'un Mali où l'égalisation des chances entre tous les citoyens, nonobstant l'existence d'une déficience ou incapacité devient une réalité par la disponibilité permanente des soins de réadaptation fonctionnelle de qualité accessibles financièrement et géographiquement aux populations de toutes catégories, dispensés par des professionnels qualifiés.

L'objectif général de cette stratégie est de contribuer à l'accès de tous les maliens à des services de réadaptation fonctionnelle de qualité selon les besoins de chaque individu.

Pour l'atteinte de cet objectif général, elle s'est fixée les objectifs spécifiques suivants :

- 1) **Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités institutionnelles et opérationnelles du CNAOM** afin de consolider son statut de structure de référence (en termes de personnel et en matière de matériel, d'équipements et de technologie dans le domaine de la RF ainsi que de dispositions législatives et réglementaires).
- 2) **Objectif spécifique 2 : Améliorer la connaissance du CNAOM et la demande des produits et services de Réadaptation Fonctionnelle**, par le personnel, le grand public, les pouvoirs publics et les partenaires du secteur.
- 3) **Objectif spécifique 3 : Etendre la couverture géographique et renforcer l'accessibilité financière des populations aux services de RF.**
- 4) **Objectif spécifique 4 : Renforcer le dispositif de pilotage et de coordination du secteur de la RF.**

4.3. Composante Promotion de la Femme, Enfant et Famille

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses missions, le Département a élaboré des politiques et développé des stratégies et des plans, parmi lesquels on peut citer entre autres :

La Politique Nationale Genre, adoptée le 24 novembre 2010, a pour vision de garantir l'épanouissement de toutes les femmes et de tous les hommes grâce au plein exercice de leurs droits égaux fondamentaux, à une citoyenneté active et participative et à l'accès équitable aux ressources, en vue de faire du Mali un pays émergent fort de sa croissance et fier de ses valeurs de justice, de paix, de solidarité et de cohésion sociale.

La Politique Nationale de Promotion et de Protection de l'Enfant, adoptée en juillet 2014, a pour vision : une société démocratique qui garantit l'épanouissement de l'Enfant grâce à la jouissance et au plein exercice de ses droits et devoirs par une responsabilisation soutenue des parents, de la communauté, des collectivités et de l'État en vue de le préparer à une citoyenneté effective inspirée de nos valeurs socioculturelles.

La Politique Nationale de Promotion de la Famille (PNPF) adoptée en 2015, a pour vision une famille viable et autonome, attachée à nos valeurs socioculturelles positives, portée par nos valeurs spirituelles et respectueuses des institutions, des droits humains et de l'environnement.

La Politique Nationale de lutte contre les pratiques néfastes, adoptée en novembre 2010, vise à faire de la lutte contre l'excision et d'autres pratiques une priorité nationale à travers (i) l'information des populations sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision et autres afin qu'elles adoptent des comportements positifs, (ii) les plaidoyers auprès des décideurs politiques, administratifs, traditionnels et communautaires afin qu'ils adhèrent aux actions pour l'abandon de l'excision et du mariage des enfants (iii) la création d'un environnement juridique propice à l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage des enfants au Mali. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique la loi N°2019-014 du 03 juillet 2019 portant création du PNVBG a été adoptée.

Le Plan Décennal de Développement pour l'Autonomisation de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (PDDAFEF) 2020 - 2029 vise à « contribuer à l'émergence du Mali à l'horizon 2030 à travers l'autonomisation de l'enfant, de la femme et de la famille, fondée sur l'égalité de chance et de droit, pour la constitution d'un capital humain de qualité capable de participer efficacement à la création de richesses et à la gouvernance sociale, économique et politique du pays ». Il s'articule en deux tranches quinquennales (Programme de développement pour l'autonomisation de la femme, de la Famille et l'épanouissement de l'enfant : PRODAFFE) dont la première (2020-2024) a été élaborée.

5. Analyse de la situation

5.1. Composante Santé

5.1.1. État de santé de la population

5.1.1.1. Mortalité maternelle :

Le rapport de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période des sept années ayant précédé l'EDS-M-VI de 2018.¹⁰ En d'autres termes, au Mali, pour mille naissances vivantes, au moins 3 femmes sont décédées durant la grossesse ou pendant l'accouchement ou dans les 42 jours qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse sans tenir compte des décès dus à des accidents ou à des actes de violence.

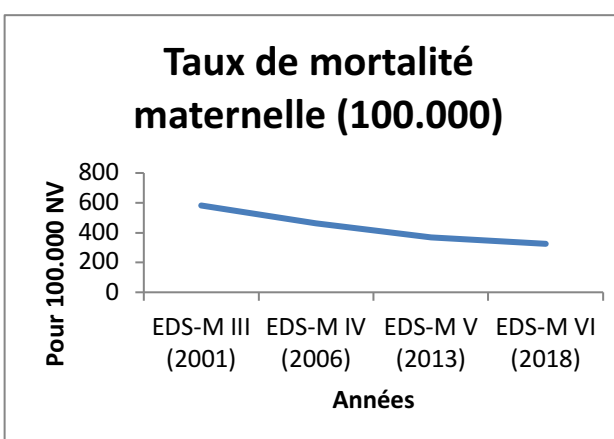
¹⁰ EDS-M VI, Tableau

Tableau 1: Évolution de la mortalité maternelle¹¹ au Mali de 2001 à 2018

Rubriques	EDS-M III (2001)	EDS-M IV (2006)	EDS-M V (2013)	EDS-M VI (2018)
Nombre de décès maternels	2 886	2 696	2 722	2 777
Taux de mortalité (pour 100.000)	582	464	368	325

En considérant deux périodes de 7 ans, de 2006 à 2013, le taux de mortalité maternelle a été réduit de 20,68% alors que sur la période de 2012 à 2018 (EDS-M VI 2018), cette réduction du taux de mortalité maternelle n'a été que de 11,68%. Ainsi, l'effort de la période précédente serait réduit de moitié, sans doute du fait des conséquences de la crise politico-sécuritaire.

En maintenant le taux de réduction annuel moyen sur les 20 dernières années, depuis EDS-M III 2001, le Mali serait à 234 décès maternels pour cent mille naissances vivantes, loin d'atteindre d'ici 2030 la cible des Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de mortalité maternelle, soit 70 pour cent mille NV. De ce qui précède, Il importe de mettre en place des stratégies innovantes et à hauts impacts à l'effet de rapprocher le pays de la cible des ODD, en y incluant un environnement favorable et un système de redevabilité des différents acteurs.



Les Causes de la mortalité maternelle au Mali

Selon le SLIS 2018, les causes directes de mortalité maternelle les plus fréquentes au Mali sont les hémorragies de l'ante et du post partum qui représentent à elles seules près de 41,61% des causes de mortalité, suivies des pré éclampsies et éclampsie avec 25,90%, les ruptures utérines avec 8,49% et les infections du post-partum avec 6,79%, les complications de l'avortement avec 2,76%.

5.1.1.2. Mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali

Selon les résultats de l'EDS-M-VI (2018), le risque de mortalité infantile est estimé à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 49 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 33 ‰ pour la mortalité néonatale et à 22 ‰ pour la

mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est à dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 101 %.

Tendance de la réduction de la mortalité infanto-juvénile à l'horizon 2030

La tendance de la mortalité infanto-juvénile a connu une baisse passant de 247 décès pour mille naissances vivantes (NV) à 95‰ entre 1987 (EDS-M I) et 2012 (EDS-M V), et une hausse depuis cette période jusqu'à atteindre 101‰ NV en 2018 (EDS-M VI). Cette tendance est certainement liée à la situation post crise, marquée par l'insécurité grandissante et la non fonctionnalité de certaines formations sanitaires, surtout au nord et au centre du pays et leurs répercussions sur l'ensemble du système de santé. Au regard de cette tendance, si nous maintenons les mêmes stratégies, en l'absence de celles innovantes et à hauts impacts, ce taux de mortalité risque de continuer à grimper jusqu'à atteindre 114‰ NV empêchant ainsi le Mali d'atteindre l'Objectif du Développement Durable (ODD) en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est de 25 pour 1000 NV d'ici 2030.

Tableau 2 : Évolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali (pour 1000)

	TMIJ	TMNN	Part du TMNN dans la TMIJ
EDS-M I (1987)	247	51	1/5
EDS-M II (1995-1996)	238	60	¼
EDS-M III (2001)	229	57	¼
EDS-M IV (2006)	191	46	¼
EDS-M V (2012-2013)	95	34	1/3
EDS-M VI (2018)	101	33	1/3

Tableau 3 : Mortalité des enfants de moins 5 ans (pour 1000)

Région	TMIJ (MICS 2015)	TMIJ EDS-M VI (2018)
Tombouctou	127	131
Sikasso	124	111
Ségou	166	134
Mopti	61	130
Koulikoro	111	108
Kayes	98	131
Gao	69	78
Kidal	ND	20
Bamako	30	55
National	108	101

Il apparaît dans ce tableau que dans 6 des 9 régions du pays (régions en rouge), le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a augmenté entre 2015 et 2018, ce sont les régions de Tombouctou, Mopti, Kayes, Gao, Kidal et Bamako. Il y a également 6 régions sur 9 où le taux

de mortalité des enfants de moins de 5 ans est supérieur à la moyenne nationale qui est de 101 pour mille, ce sont les régions de Tombouctou, Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro et Kayes. Cette situation mérite une attention particulière pour, non seulement, maintenir et renforcer les résultats atteints, mais aussi pour que les régions qui sont en retard puissent progresser pour être au niveau des autres plus performantes.

Les principales causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Selon les estimations de l'OMS (WHO MCEE 2018), les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont liées aux causes néonatales (33%), suivi du paludisme (24%), de la pneumonie (11%) et de la diarrhée (8%). Avec un taux de malnutrition aigüe globale à 10% dont 2% de forme sévère, la malnutrition demeure une cause majeure de la mortalité des enfants de moins de 5ans. À l'analyse, la plupart de ces causes de décès pourraient être évitées par des interventions à haut impact dont celle de la vaccination plus.

5.1.1.3. Évolution de la mortalité néonatale vers l'atteinte des ODD en 2030

Selon les EDS-M III, IV, V et VI on constate une baisse progressive du taux de mortalité néonatale avec respectivement 57,1‰ en 2001, 46 ‰ en 2006, 34‰ en 2012 et 33‰ en 2018.

En maintenant cette tendance dans le contexte actuel, difficilement on pourrait atteindre la cible de 12‰ des ODD. Les disparités en matière de mortalité des enfants de moins de 5 ans, s'appréhendent aussi bien au niveau socio-économique des populations que selon leur lieu de résidence.

5.1.1.4. Mortalité infanto juvénile en fonction du milieu de résidence et du statut économique des parents

La mortalité infanto juvénile a globalement augmenté entre 2012-2013 et 2018 passant de 95 à 101 pour mille naissances vivantes. Cette mortalité demeure plus élevée chez les ménages ayant le bien-être économique le plus bas (143‰) que ceux du quintile le plus riche (137‰).

En ce qui concerne le lieu de résidence, les populations vivant en milieu rural supportent le lourd fardeau de la mortalité, 111‰ contre 61‰ en milieu urbain. Les interventions visant à contribuer à la réduction de la mortalité infanto-juvénile, devraient prioritairement cibler ces couches de population du niveau communautaire et tenir compte de leur capacité à payer les prestations de soins.

5.1.1.5. Évolution de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, infantile vers la cible du PRODESS III

Tableau 4 : Mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile et infantile.

Rubriques	2014	2015	2016	2017	2018	Cibles 2018 PRODESS III	Sources	Cibles PDDSS 2023
Taux de mortalité maternelle / 100 000	368	368	368	368	325	230	EDS-M V et VI	146
Taux mortalité infanto-juvénile / 1 000	95‰	95‰	95‰	95‰	101‰	50‰	EDS-M V et VI	95‰
Taux de mortalité infantile / 1 000	56‰	56‰	56‰	56‰	54‰	42‰	EDS-M V et VI	50‰
Taux de mortalité néonatale / 1 000	34‰	34‰	34‰	34‰	33‰	15‰	EDS-M V et VI	16‰

Bien qu'aucune des cibles du PRODESS III n'ait été atteinte en 2018, on note cependant une baisse de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile et de la mortalité néonatale qui sont passées respectivement de 368 à 325 pour 100.000 naissances vivantes, de 56‰ à 54‰ naissances vivantes et de 34‰ à 33‰ entre 2014 et 2018. Par contre, la mortalité infanto-juvénile a augmenté de 95‰ à 101‰ pendant la même période. Cette faible performance pourrait être liée dans une large mesure à la crise politico-sécuritaire que le pays a connue depuis 2012. **Si la tendance se poursuit sans stratégies novatrices, les cibles du PDDSS (2014-2023) seront difficilement atteintes.**

5.1.2. Soins de Santé primaires et lutte contre la maladie

5.1.2.1. Soins de Santé Primaires

a. Couverture géographique en services de santé

Le nombre de CSCOM est passé de 1204 en 2014 à 1368 CSCOM fonctionnels en 2018. Par ailleurs la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un CSCOM fonctionnel est passée de 56,00% (2014) à 57,00% (2018) pour une cible de 61,00% (2018).

Tableau 5 : Couverture géographique par région en 2018 :

REGION	Population totale	Population dans un rayon de 5km	Proportion de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Population dans un rayon de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de Santé	Population dans un rayon de plus de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Kayes	2 665 001	1 592 790	59,77	2 258 185	84,73	406 838	15,27
Koulikoro	3 237 000	1 632 086	50,42	2 831 963	87,49	405 041	12,51
Sikasso	3 533 000	1 845 235	52,23	3 180 970	90,04	357 461	10,12
Ségou	3 123 723	1 702 684	54,51	2 772 389	88,75	186 687	5,98
Mopti	2 721 000	1 344 664	49,42	2 320 968	85,3	400 035	14,7
Tombouctou	902 000	405 995	45,01	559 337	62,01	107 189	11,88
Gao	650 246	204 971	31,52	330 395	50,81	65 511	10,07
Kidal	91 086	35 529	39,01	45 546	50	42 592	46,76
Taoudéni	181 266	26 764	14,77	46 603	25,71	133 690	73,75
Ménaka	74 965	12 829	17,11	22 809	30,43	11 120	14,83
Bamako	2 420 001	2 264 770	93,59	2 420 001	100	-	0
Mali	19 599 288	11 068 317	57	16 789 166	86	2 116 164	11

Source : DHIS2

Les proportions de population ayant accès aux soins sont respectivement 57% en 2018 contre 58% en 2017 dans un rayon 5 km et 86% dans un rayon de 15 km en 2018 contre 83,97% en 2017. L'évaluation de cet indicateur devrait à l'avenir intégrer les populations couvertes par les équipes mobiles polyvalentes offrant le PMA, une stratégie mise en œuvre par les équipes cadres du nord du pays.

Pendant la même période, le taux d'utilisation de la consultation curative est resté presque stationnaire passant de 0,38 en 2014 à 0,39 en 2017. Ce qui reste inférieur à la cible de 0,42 en 2018. L'accent devra être mis sur le renforcement de la qualité des services offerts entre autres.

Forces :

- l'amélioration de l'accessibilité géographique avec la construction de 90 nouveaux CSCOM entre 2014 et 2016 ;
- l'augmentation du nombre de CSCOM médicalisés ;
- la déconcentration de l'offre de soins spécialisés ;
- l'amélioration de l'accès aux soins ;
- l'amélioration du plateau technique de certaines structures ;
- l'existence d'une politique nationale de maintenance des équipements et son plan d'action 2017-2021 ;
- l'existence du secteur privé participant à l'offre des soins de santé ;
- la signature de l'arrêté créant le comité de dialogue et de concertation public-privé.

Faiblesses :

- la faible couverture des populations à moins de 5km d'une structure de santé ;
- l'insuffisance dans les stratégies de couverture des populations à plus de 15 km ;
- la non-fonctionnalité du comité de dialogue et de concertation public-privé ;
- la faible intégration du secteur privé dans le système de santé (collecte des données, signature du mémorandum, signature de la charte du partenariat) ;
- le non-respect de la carte sanitaire.

Opportunités :

- la décentralisation poussée dans le cadre de la mise en œuvre de l'Accord pour la Paix et la Réconciliation issu du processus d'Alger ;
- l'existence de textes législatifs et réglementaires de partenariat public privé ;

Menaces :

- la mauvaise gouvernance à tous les niveaux pour l'extension de la couverture sanitaire ;
- l'insuffisance du budget alloué à la santé ;

b. Santé de la Reproduction

Le taux de couverture en CPN4 est passé de 41% en 2012-2013 (EDS-MV) à 43% en 2018 (EDS-M VI). Cette légère amélioration pourrait s'expliquer par la réalisation des activités de promotion et de sensibilisation telle que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) aux femmes enceintes lors des CPN.

Le taux d'accouchement assisté par un prestataire formé a évolué de 58,6% en 2012-2013 (EDS-M V) à 67,3% en 2018 (EDS-M VI) pour l'ensemble du pays. Ce taux varie d'une région à l'autre. C'est ainsi qu'en 2018, le plus fort taux est observé à Bamako avec 97,5% et les plus faibles taux sont enregistrés à Kidal avec 25,3% et Tombouctou avec 31,3%. Cette faiblesse s'explique outre la crise politico sécuritaire qu'a connue le pays, par l'insuffisance des

ressources humaines qualifiées, la faible couverture géographique des localités en structure de santé et l'instabilité du personnel. Selon l'EDS-M VI, 94% des naissances en milieu urbain se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé contre 60% en milieu rural. Par ailleurs, ce taux varie de 93% pour les mères d'un niveau d'instruction secondaire et supérieur à 60% chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. Quant aux quintiles de pauvreté, ce taux est de 44% pour le plus bas et 97% pour le plus élevé.

Pour ce qui concerne l'offre en soins néonataux et obstétricaux, le nombre de structures¹² offrant les SONUB est passé de 28 en 2014 à 457 en 2018. Cette augmentation est soutenue par un appui en matériels techniques et la formation du personnel. Parallèlement le nombre de structures offrant les SONUC a évolué de 53 en 2014 à 89 en 2018. L'une des difficultés rencontrées dans la mise en place des structures SONUB reste la disponibilité et la stabilité du personnel qualifié (sages-femmes, infirmières obstétriciennes). En termes de proportion de structures SONUC pour les structures SONUB le besoin est loin d'être couvert puisque chacun des 1368 CSCOM fonctionnels devrait être érigé en structure SONUB.

Enfin, le taux de réalisation de la césarienne est passé de 2,60% en 2014 à 3% en 2018 pour une cible de 5% en 2018. Des efforts restent à faire dans ce domaine.

➤ **La Contraception**

Le taux de prévalence contraceptive est passé de 10,3% en 2012 (EDS-M, 2012-2013) à 16% en 2018 (EDS-M 2018).

Quant à la prévalence contraceptive moderne, elle augmente avec le groupe d'âges, passant de 9 % chez les femmes de 15-19 ans à 20 % chez celles de 35-39 ans puis diminue pour atteindre 8 % chez celles de 45-49 ans. La prévalence contraceptive moderne est plus élevée en milieu urbain (22 % à Bamako et 20 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (15 %). En milieu urbain, 8 % des femmes utilisent les implants, 5 % utilisent les injectables et 5 % utilisent la pilule.

Ces performances sont liées à (i) l'amélioration de la collecte des données avec la prise en compte des données des ONG, des officines privées, des Relais dans le cadre des Soins Essentiels dans la Communauté (ii) le renforcement des activités de routine, les campagnes et les plaidoyers en faveur de la PF, (iii) la formation des agents de santé sur les méthodes de longue durée et leur dotation en matériel d'insertion / retrait dans beaucoup de districts sanitaires, (iv) la disponibilité des produits contraceptifs de longue durée dans les formations sanitaires, (v) la promotion des méthodes de longue durée notamment les implants, le DIU et la contraception chirurgicale, le renforcement des activités de la PF. En outre, il y a un fort engagement de l'État, des ONG et des PTF.

➤ ***La santé des adolescents et des jeunes***

Le Mali comme la plupart des pays en développement se caractérise par la jeunesse de sa population. Les problèmes de grossesses précoces, grossesses non désirées et avortements à risque sont assez fréquents chez les adolescentes et les jeunes du fait de la précocité des premiers rapports sexuels, de l'insuffisance d'accès aux informations et aux services de planification familiale et de nombreux autres facteurs.

Selon l'EDSM-VI, 36 % des adolescentes, au Mali, ont commencé leur vie procréative, dont 6 % sont enceinte d'un premier enfant et 30% ont eu, au moins, un enfant. Le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (40 % contre 25 %).

La fréquence élevée des problèmes dont sont victimes les adolescents et les jeunes est due au fait que leurs besoins spécifiques en matière de santé ne sont pas pris en compte de manière adéquate.

➤ **Les principaux défis :**

- l'appropriation des documents de politiques, normes et standards en santé de la reproduction par les prestataires ;
- l'application des lois sur la SR et sur le VIH aussi bien par les prestataires que par les populations en général ;
- l'effectivité de l'offre des services intégrés de SRAJ dans les formations socio sanitaires ;
- le renforcement des compétences des prestataires dans le domaine de la communication avec les adolescents et jeunes en SR et dans le domaine des droits et devoirs humains ;
- la collaboration entre les ministères chargés de la santé et de la jeunesse.

c. L'amélioration de la qualité des soins et services

Des efforts non négligeables ont été fournis dans ce sens à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à travers différentes approches :

- **Au niveau hospitalier** : (i) l'approche d'optimisation pour la performance de la qualité a été mise en œuvre pour renforcer la qualité des soins dans la prise en charge de la fistule obstétricale y compris la prévention des infections et la gestion des déchets biomédicaux et (ii) l'évaluation des indicateurs du contrat de performance pour l'amélioration de la qualité des soins.
- **Au niveau du CSCOM et du CSRéf** : (i) l'approche sur le « Collaboratif d'Amélioration de la Qualité » appliquée aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence ainsi qu'à l'anémie a permis de renforcer l'adhésion aux normes de prévention et de prise en charge des cas avec un accent particulier sur la promotion de la qualité au niveau communautaire ; (ii) l'approche des « Comités Qualité » pour l'optimisation de l'action

en matière de changement organisationnel vise à améliorer la qualité des services afin de satisfaire au mieux les attentes des usagers ; (iii) la stratégie de financement basé sur les résultats des services de santé vise à augmenter la quantité et la qualité des soins préventifs, promotionnels et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers “l’achat des soins” ; (iv) l’accreditation pour la promotion et l’amélioration continue de la qualité, les conditions de sécurité et de qualité des soins ainsi que la fonctionnalité de l’organe de gestion du CSCOM, l’ASACO ; (v) la médicalisation des CSCOM : la proportion de CSCOM médicalisés est passée de 32% en 2017 à 34% en 2018. Cependant, il est nécessaire de faire évoluer cette notion pour prendre en compte le fait que la présence du médecin doit être suivie par la mise en place du plateau technique correspondant.

L’analyse des résultats liés à l’application de ces différentes approches a permis au pays d’élaborer une démarche consensuelle sur les étapes clés de l’amélioration de la qualité des soins et services de santé contenues dans la Stratégie Nationale d’Amélioration de la Qualité des Soins et Services (SNAQSS).

d. La Santé scolaire

Plusieurs actions ont été menées pour relancer le développement de la santé scolaire à savoir l’organisation d’une étude documentaire sur la santé scolaire dont le but était d’élaborer un plan d’action national de santé scolaire qui serait confié à un comité multisectoriel. Cette étude a montré que malgré la croissance du nombre de structures de prestations de soins de santé, la prise en charge des problèmes de santé des élèves et étudiants reste préoccupante. Un document de politique de santé scolaire et son plan d’action 2011-2015 ont été élaborés. Un plan multisectoriel de nutrition 2014-2018 prenant en compte la nutrition scolaire a également été élaboré. Un nouveau plan d’action multisectoriel de la santé des adolescents et des jeunes 2017-2021 est en cours de mise œuvre. Ces documents élaborés par le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique en collaboration avec ses partenaires ciblent les jeunes enfants et adolescents dont les élèves et étudiants.

En termes de ressources humaines, il existe environ 88 agents de santé en 2018 répartis sur toute l’étendue du territoire national. Ces agents sont chargés d’offrir les soins aux élèves et étudiants dans les établissements scolaires.

Il existe au niveau de l’Enseignement supérieur, trois infirmeries des grandes écoles (l’ENSUP, l’ENI-AB et l’ENETP) et quatre Centre de Santé des Cités Universitaires (CSCU) dont trois sont opérationnels (Badalabougou, Katibougou et Ségou) et celui de Kabala sera ouvert bientôt. Au total, il existe quatorze (14) agents de santé dont six (06) sont du Centre National des Œuvres Universitaires (CENOU). Si les CSRU sont des constructions neuves, les infirmeries des grandes écoles sont en général vétustes. Ces 3 CSRU ont réalisé 3643 consultations curatives en 2016 dont 3072 étudiants et 571 usagers non étudiants. Ces structures sont gérées par le CENOU. Il existe le décret N° 02-311/PRM 04 juin 2002 précisant en son article 3 la gratuité des examens pour les élèves et étudiants dans les structures publiques de soins.

➤ **Défis :**

- L'amélioration des conditions matérielles et humaines de travail (Construction et équipement, ressources humaines)
- La réalisation d'activités de promotion et de prévention en milieu scolaire notamment en matière d'hygiène, d'alimentation, de santé oculaire et auditive, de planification familiale, etc.

e. La Communication pour la santé

En soutien aux activités de lutte contre la maladie, *en matière de communication* le département chargé de la santé, à travers le Centre National d'Information d'Éducation et de Communication pour la Santé (CНИЕCS) avec l'appui des partenaires a : (i) produit et diffusé des microprogrammes et des magazines sur les maladies à potentiel épidémique, (ii) produit et diffusé des messages/supports sur la lutte contre la malnutrition, (iii) mis en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale pour le renforcement de la lutte contre le ver de guinée, (iv) élaboré et validé le plan Triennal de communication pour la lutte contre le Palu /MTN, (v) produit et diffusé des messages/supports Palu /MTN et des magazines sur les MTN et la Chimio Prévention Saisonnière du paludisme (CPS), (vi) réalisé des sessions de plaidoyer pour l'implication des leaders dans les activités de mobilisation des campagnes MTN et CPS, (vii) réalisé des séances de communication/mobilisation sociale en faveur de la journée mondiale de lavages des mains au savon, (viii) réalisé des séances d'information et de sensibilisation de la population sur la conduite à tenir pendant les conflits, lors des crises et face aux urgences de santé publique ; (ix) réalisé des séances d'information et de sensibilisation de la population sur la planification familiale

f. La promotion et développement de la télésanté et de l'informatique médicale

Dans ce cadre, l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM) a réalisé un certain nombre d'activités parmi lesquelles : (i) la mise en place d'un annuaire électronique de la flotte mobile de la santé comprenant 1656 lignes dont plus de 800 utilisées pour la remonté des données de routine de certains programmes à travers la téléphonie mobile. (ii) la gestion de 15 domaines et l'hébergement de 18 sites en 2017. (iii) la création du logiciel « OpenClinic », qui gère différentes composantes des structures de santé (bureau des entrées, le dossier électronique du patient, le laboratoire, les finances...) était fonctionnel dans 1 Hôpital et 6 CSRéf en 2017, (iv) la réalisation de visioconférences dans le cadre du projet DECLIC (Université de Sherbrooke au Canada) et du téléenseignement avec les chirurgiens maxillo-faciaux du CHU Odontostomatologie (CHU Maroc).

Il faut rappeler que les principales activités de cyber Santé sont toujours à l'état de projet ou de phase pilote d'implémentation notamment la télé consultation, la télé enseignement, la télé maintenance, la télé assistance, la télé cardiographie, la télé radiologie. Néanmoins, de 2014 à 2017, 66 séances de visioconférence ont été réalisées, 7 sites de déploiement d'application SIH

pour la gestion du dossier patient ont été créés, 12 patients ont bénéficié d'au moins une séance de téléconsultation et 316 personnels de santé ont été formés à l'utilisation des outils technologiques. Cependant, la multiplicité des logiciels de gestion des données au niveau des hôpitaux nécessite une harmonisation.

g. Le Secteur privé de la santé

Selon l'Annuaire statistique, au Mali les infrastructures sanitaires privées sont au nombre 2343 en 2018. Les CSCoM représentent plus de la moitié 1368 (58%) et les privées à but lucratif (Cabinets, Cliniques et polycliniques) sont au nombre de 804 soit 34%.

Les structures privées de soins à but lucratif sont composées de cabinets (628), de cliniques (163), de polycliniques (13). À celles-ci il faut ajouter les structures parapubliques dont 19 CMIE et 70 infirmeries de garnison.

Les structures confessionnelles, quant à elles sont au nombre de 34 dont 14 dans la seule région de Ségou (DHIS2-2018).

Pour les établissements pharmaceutiques, on dénombre 566 officines privées, 75 grossistes et 3 industries pharmaceutiques. Les laboratoires privés sont au nombre 16.

Malgré son développement rapide, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

5.1.2.2. La lutte contre la maladie

a. Prévention des maladies évitables par la vaccination

On note une baisse ou une stagnation du niveau de la plupart des indicateurs de couverture vaccinale. Ainsi, (i) le taux de couverture vaccinale PENTA 3 des enfants de moins d'un an est passé de 99,00% en 2014 à 95,19% en 2018, (ii) la proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole est passé de 90,00% en 2014 à 91,9% en 2018. Les raisons de cette baisse pourraient être entre autres (i) l'insuffisance et l'irrégularité des activités de vaccination liées à l'insécurité dans les régions du Nord et du centre, (ii) le non-respect du calendrier d'approvisionnement provoquant des ruptures de vaccins dans certains districts (Source : PPAC 2012-2016), (iii) le non-respect du calendrier vaccinal, (iv) la faible motivation des agents vaccinateurs, (v) les difficultés de prise en charge de la Stratégie Avancée par les ASACO, la vétusté de la logistique roulante.

b. Lutte contre des maladies spécifiques

➤ **Paludisme**

Sur le plan épidémiologique, toute la population du Mali est à risque de paludisme avec des degrés d'endémicité différents. La maladie est endémique dans les régions du centre et du sud et épidémique dans les régions du nord et une partie des régions de Koulikoro et de Kayes. Le *Plasmodium falciparum* contribue pour 85 à 90% de la formule parasitaire, et est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali. Les principaux vecteurs du paludisme sont les complexes *Anophèles gambiae* et *Anophèles funestus*.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie. Selon l'enquête démographique de santé et de la population en 2018 (EDS-M VI), 16% des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête contre 28% pour l'enquête sur les indicateurs du paludisme réalisée en 2015 (EIPM),

Selon l'annuaire statistique 2018, les formations sanitaires ont enregistré 2 345 481 cas de paludisme soit 35 % des motifs de consultation dont 1 594 508 cas simples et 750 973 cas graves avec 1001 décès soit un taux de létalité de 0,43 ‰. Au niveau communautaire, 268 623 cas simples ont été enregistrés par les Agents de Santé Communautaires (ASC) dont 225 345 enfants de moins de 5 ans et 43 273 cas pour les 5 ans et plus.

Les acquis et les réalisations du programme sont manifestés dans plusieurs domaines de la lutte contre le paludisme aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel. Nous pouvons citer :

- La réforme institutionnelle du Programme National de Lutte contre le Paludisme (rattachement au Secrétariat général du MSAS) a permis de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre des interventions ;
- La gratuité des intrants (CTA, TDR, MILD, SP+AQ, antipaludiques injectables) dans les domaines de la prise en charge et de la prévention qui a permis l'amélioration de l'accès aux services de santé aux populations maliennes particulièrement à celles vulnérables (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes) ;
- La mise en œuvre de la prise en charge à domicile (PECADOM) des cas de paludisme simple dans 5 régions (Ségou, Koulikoro, Kayes, Mopti et Sikasso) dans le cadre des soins essentiels dans la communauté a permis d'augmenter l'accès aux services de prise en charge du paludisme. En deux mille dix-huit, 2879 Agents de santé communautaires (ASC) sont opérationnels. Et 10% des cas de paludisme notifiés ont été diagnostiqués par ces agents. ;
- La réalisation d'études et la surveillance épidémiologique en sites sentinelles ont permis d'améliorer les stratégies d'intervention et de suivre l'efficacité des médicaments, la résistance des vecteurs aux insecticides, la réponse aux situations d'urgence ;

- L'amélioration dans l'atteinte des objectifs nationaux en termes d'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'action (MILD), le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes (TPI à la SP), la pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans les zones ciblées et la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier(CPS) chez les enfants de 0 à 5 ans (CPS) ; en moyenne 4 000 000 d'enfants de moins 5 ans bénéficient de 4 passages de la CPS chaque année depuis 2016.
- Un meilleur approvisionnement des structures de santé en intrants est assuré par la Pharmacie populaire du Mali (PPM). Les intrants sont exonérés de taxes ;
- La dotation des structures en outils informatiques et en logistique pour une meilleure gestion de l'information sur le paludisme (DHIS2) dans le cadre du renforcement du système de santé.

Certains indicateurs ont connu un niveau encourageant :

- La proportion des ménages possédant une MILD est de 80,6% (enquête nationale de possession et d'utilisation MILD, 2008), 84,4% (EDS-M V, 2012-13), 92% (EIPM, 2015) et 90% (EDS-M VI, 2018) ;
- La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête était de 70,2 % (EAP, 2010), 69,9% (EDS-M V, 2012-2013), 75% (EIPM, 2015) et 79% (EDS-M VI, 2018) ;
- La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête était de 73,9% (enquête nationale de possession et d'utilisation MILD, 2008) contre 75,2% (EDS-M V, 2012-13) ; 78 % (EIPM, 2015) et 84% (EDS-M VI, 2018) ;
- La proportion de la population tout âge confondu ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête était de 76,9 % (enquête nationale de possession et d'utilisation MILD, 2008), 68 % (EIPM, 2015) et 73% (EDS-M VI, 2018) ;
- La proportion de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI 44,69% contre 55,35% pour le TPI2 et 76,78% pour le TPI1 en 2018 (rapport annuel PNL, 2018) ;
- La prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois est passée de 52% en 2012 (EDS-M V, 2012-2013) à 36% en 2015 (EIPM, 2015) et à 19 % en 2018(EDS-M VI, 2018).

Les principaux défis auxquels le Programme doit faire face sont :

- la recherche de nouveaux mécanismes de financement en faveur de la lutte contre le paludisme en vue de sa pré-élimination ;
- la pérennisation de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois voire son extension aux enfants de 10 ans ;
- la poursuite de la gratuité des moyens diagnostics pour toute la population et des moyens de traitement pour les couches vulnérables (moins de 5ans, femmes enceintes) ;

- la poursuite de la couverture universelle en MILD à travers les campagnes tous les trois ans et la distribution en routine pour les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes ;
- le développement de stratégies novatrices pour une meilleure utilisation du TPI (stratégie avancée, mobilisation communautaire, prise supervisée...);
- la mise à l'échelle de la PECADOM à travers les Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) ;
- l'amélioration du système de gestion des données aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris celles entomologiques surtout en termes de promptitude, complétude, contrôle de qualité et d'utilisation de l'information ;
- l'amélioration du niveau de respect des directives par les prestataires à travers les supervisons formatives, les formations continues et les audits de la qualité des données ;
- l'amélioration du recours précoce aux soins à travers la sensibilisation et la disponibilité permanente des services ;
- l'implication des structures privées à but lucratif dans les activités de lutte contre le paludisme ;
- la disponibilité permanente des MILD.

➤ **La Tuberculose**

Au Mali, la tuberculose demeure un problème de santé publique avec une incidence de 55 pour 100 000 habitants selon l'estimation faite par l'OMS, soit 10780 cas attendus en 2018. Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales en fait l'une des maladies prioritaires à éliminer.

Le bilan 2018 a montré des progrès significatifs quant à l'utilisation de moyens diagnostiques de qualité (14 GeneXpert), la protection des enfants avec le BCG (plus de 90%), le succès thérapeutique (79%), mais aussi des défis comme le taux des malades non évalués.

L'interrogation de la situation épidémiologique révèle les difficultés de suivi des malades au niveau des frontières. Les perdus de vue sont comptabilisés parmi les migrants, les orpailleurs, les démunis... Ils font partie des causes incriminées dans l'apparition des formes pharmaco-résistantes, difficiles à guérir car nécessitent l'utilisation de médicaments moins tolérants, plus chers avec des protocoles plus longs. Les estimations donnent une prévalence de 2,8% de résistance aux médicaments antituberculeux chez les nouveaux cas et 21% chez les cas de retraitement.

Le taux de notification des cas de tuberculose est stable depuis 2014. Au plan géographique, le taux de notification des nouveaux cas et rechutes varie de façon importante selon les régions, allant de 19,2 cas / 100 000 habitants pour la région de Kayes à 92,7 cas / 100 000 à Bamako (SLIS 2018). Les régions du Nord, à l'exception de Kidal, ont des taux de notification plus élevés. Le district de Bamako enregistre chaque année le plus fort taux de notification. Les nouveaux cas pulmonaires bactériologiquement confirmés représentent en moyenne 68% de l'ensemble des cas de tuberculose toutes formes notifiées.

Le sex-ratio Homme/Femme est de 1.8 et relativement constant dans le temps. La notification des cas est plus importante dans la tranche d'âge de 25-44 ans quel que soit le sexe. Les cas pédiatriques (0-14 ans) représentent en moyenne 4% de l'ensemble des cas déclarés de 2017 et l'on note un sous-dépistage et une sous-notification des cas dans cette tranche d'âge. La proportion de tuberculose chez l'enfant de moins de 15 ans en 2018 est de 2% et est équitablement réparti entre les régions à l'exception des régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal et Ménaka) où elle se situe entre 0% et 1%.

En ce qui concerne la co-infection TB/VIH, la séroprévalence du VIH chez les tuberculeux est de 12% en 2016.

➤ **VIH/SIDA.**

Selon l'EDS-M V (2012-2013), la prévalence du VIH est de 1,1%. Conformément aux indications de l'OMS, cette prévalence n'a pas fait l'objet d'évaluation pendant la 6^{ème} édition de l'EDS-M réalisée en 2018.

Les données de routine renseignent que : (i) la proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV est passée de 73,20% en 2014 à 98,30% en 2017 pour une cible de 100% en 2018, (ii) la proportion de nouveau-nés séropositifs nés de mères séropositives mis sous ARV est passée de 92,80% en 2014 à 98% en 2017. Ces résultats témoignent des importants efforts fournis dans la lutte contre cette pandémie. En effet : (i) la proportion de femmes enceintes VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV est de 93% ; (ii) sur 1299 nouveaux nés de mères VIH+, 1160 ont bénéficiés du DP (dépistage précoce) soit 89,29% ; et (iii) la proportion de sites n'ayant pas connu de rupture de stock d'ARV en 2018 est de 74%.

Une étude réalisée sur les aspects diagnostics et immuno-virologiques de l'efficacité thérapeutique dans le sang et les compartiments muqueux a mis en évidence l'existence d'une dysbiose et d'une compartimentation du virus au niveau génital, ce qui pose le problème du risque résiduel de transmission chez certaines personnes même si elles sont sous Traitement Anti-Rétro-Viraux (TARV).

De cette analyse de situation, il ressort d'importants défis à relever. Ce sont entre autres :

- Le contrôle de la transmission du VIH dans les zones vulnérables prioritaires ;
- La réussite de la délégation des tâches pour la continuation et l'extension de l'offre des services de prévention, de traitement, de soins et soutien aux PVVIH y compris la prise en compte des droits.
- La maintenance des équipements de suivi biologique
- La disponibilité permanente des réactifs
- L'amélioration de la couverture géographique en sites PTME et de sites de prise en charge pédiatrique et adulte
- La prise en charge des contrats de certains agents recrutés sur financement fonds mondial dont les contrats arrivent à terme ;

- La problématique de l'assiduité des malades au traitement avec un risque d'augmentation de la transmission du VIH, d'apparition de résistances aux ARV et l'augmentation du coût du traitement.

➤ La lèpre

Selon le rapport d'activités 2018 du programme de lutte contre la lèpre au Mali, 162 cas de lèpre ont été dépistés dont 3 enfants de moins de 15 ans avec infirmité de degré 2. Ainsi la proportion d'enfants de moins de 15 ans avec la proportion d'infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas (1,8%) est largement inférieure au seuil de forte transmission et de dépistage tardif de 10% de l'OMS.

Selon le même rapport, la prévalence instantanée de la lèpre est de 0,12 pour 10 000 habitants, ce qui est largement en dessous du seuil d'élimination de la maladie fixé par l'OMS à moins de 1 cas pour 10 000 habitants. La prévalence la plus élevée est observée dans la région de Kayes avec 0,32 cas pour 10 000 habitants et la plus faible dans la région de Gao avec 0,01 pour 10 000 habitants. Cependant, des efforts restent à fournir sous forme de dépistage actif dans les districts sanitaires enclavés.

c. *Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)*

Au Mali, la totalité des districts sanitaires est touchée simultanément par diverses Maladies Tropicales Négligées notamment : le trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomiasés et les vers intestinaux.

Selon les résultats des évaluations de l'impact du traitement réalisé en 2017, les 5 MTN évoluent vers l'élimination après onze années de traitement de masse intégré.

Pour celles relevant de la chimiothérapie préventive, une baisse régulière de la prévalence est constatée. Ainsi (i) pour l'onchocercose, les évaluations réalisées de 2016 à 2017 ont montré l'absence d'infection au sein des communautés et des simules examinées. En 2018, 20 districts sont sous traitement à l'ivermectine et devront être évalués en vue de l'arrêt progressif des traitements de masse ; (ii) pour la Filariose Lymphatique, le traitement de masse a été arrêté dans 49 districts sanitaires sur les 75 qui étaient endémiques en 2017. L'évaluation des 26 districts restants a montré une prévalence inférieure au seuil d'endémicité de 1% préconisé par l'OMS comme critère d'évaluation pour l'arrêt du traitement ; (iii) pour les géo helminthiasés, les résultats des différentes évaluations réalisées donnent des prévalences quasi nulles dans au moins 46 districts sanitaires ; (iv) Pour les Schistosomiasés, nous constatons une tendance à la baisse de la prévalence dans 37 des 46 districts sanitaires évalués ; (v) pour le trachome, après sept années de lutte intégrée on constate que les 69 districts qui étaient endémiques au départ ont arrêté le traitement de masse car la prévalence de la maladie est inférieure au seuil d'endémicité de 5%.

En termes de bilan de la prise en charge des complications des MTN et concernant la filariose lymphatique, 855 cas d'hydrocèle ont été opérés de 2014 à 2017 dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Tombouctou et 278 cas d'éléphantiasis ont été pris en charge dans la région de Koulikoro et le District de Bamako. Quant au trachome, environ 5291 cas de trichiasis trachomateux ont été opérés de 2009 à 2017 dans la région de Kayes.

Ces progrès ont été réalisés malgré les difficultés rencontrées comme l'insuffisance en ressources matérielles, la crise sécuritaire et l'insuffisance dans l'identification et la prise en charge des complications des MTN. Enfin, le principal défi à relever reste la détection précoce et la prise en charge des cas de complications de la Filariose Lymphatique et du trachome.

d. Les Maladies non transmissibles MNT

Au Mali, les maladies non transmissibles constituent un véritable problème de santé publique compte tenu de leurs conséquences socio-économiques. En effet, dans le cadre de la lutte contre les MNT, le plan stratégique national de lutte 2015-2019 a été adopté en conseil de ministre le 22 octobre 2014. Ce plan stratégique porte sur un grand nombre de MNT sans toutefois cibler de manière claire les MNT pouvant être considérées comme prioritaires au Mali. C'est précisément pourquoi, ce plan a été révisé pour la période de 2019 à 2022 autour des quatre maladies prioritaires de l'OMS (les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète), et deux autres proposées par le Mali (la drépanocytose et les maladies mentales-épilepsies). Les données de quelques MNT sont présentées ci-dessous :

➤ *Le diabète*

Les facteurs de risque les plus influents sont : le surpoids/obésité, la sédentarité, l'antécédent familial de diabète et la macrosomie fœtale.

Selon le DHIS2, 25 763 nouveaux cas de diabète ont été enregistrés en 2018 dans les formations sanitaires.

Il faut signaler la présence d'organisations de la société civile (ONG Walé ; associations de patients notamment la FENADIM) qui, avec l'appui de l'ONG Santé Diabète et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, contribuent à la lutte contre le diabète au Mali.

Sur le plan des structures sanitaires, l'hôpital du Mali comporte un service d'endocrinologie et une unité de prise en charge des enfants diabétiques. Il existe une unité de prise en charge aux CHU du Point G, Kati et de Gabriel Touré ; aux CSRéf du district de Bamako, au Centre MUTEC, Mali Gavardo et le Centre de Lutte contre le Diabète (CLD).

La prise en charge spécialisée du diabète est effective dans toutes les régions du Mali à l'exception des régions de Kidal, Ménaka et Taoudénit. À Bamako, elle est effective au niveau des hôpitaux, des CSRéf et le centre de lutte contre le diabète. Cette prise en charge est confrontée à des difficultés liées à la disponibilité des médicaments, des intrants de diagnostic, de soins et de services, d'accessibilité financière aux médicaments, au renforcement des compétences des prestataires et à la communication pour le changement de comportement.

➤ *La drépanocytose*

Maladie génétique récessive, sa forme hétérozygote AS, dite « trait drépanocytaire » touche une moyenne de 12 % de la population malienne, mais atteint plus de 15 % dans certaines régions (Kayes, Mopti). Sa forme homozygote SS touche quant à elle 0,8 % des nouveaux nés, soit 5 à 6 000 enfants par an, qui, sans prise en charge appropriée, vont subir un taux de mortalité de 50% avant d'atteindre l'âge de 5 ans et de 80% avant celui de 10 ans.

Au niveau des structures de prise en charge de la drépanocytose, le Mali compte :

- Le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD)
- Une unité de compétence fonctionnelle à l'hôpital de Kayes ;
- Une unité drépanocytose fonctionnelle au niveau du département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré,

Cependant la prise en charge connaît des difficultés en raison de la méconnaissance de la maladie par la population et les professionnels de santé. Par ailleurs, le seul centre de prise en charge spécifique a atteint ses limites et manque de personnel qualifié suffisant pour mener ses activités. Cette prise en charge est confrontée à des difficultés liées à la disponibilité des médicaments, des intrants de diagnostic, de soins et de services, d'accessibilité financière aux médicaments, au renforcement des compétences des prestataires et à la communication pour le changement de comportement.

➤ *Les cancers*

Au Mali, les données du registre du cancer ont révélé de 2015 à 2017, 6441 cas de cancers dont 3914 chez les femmes soit 60,76 % et chez les hommes 2527 soit 39,23%.

Chez la femme le cancer du sein occupe la 1^{ère} place avec 27,90%, suivi par celui du col de l'utérus avec 18,47%, et de la vessie avec 3,58%.

Chez l'homme les cancers les plus fréquents sont celui de la prostate 12,11%, cancer du foie 10,41%, et cancer de la vessie 6,93%.

Dans la lutte contre les cancers, nous notons le rôle très important de la société civile (ALMAC, Boukéléso). Ces associations contribuent à la sensibilisation et à la mobilisation de la population au cours des activités de masse.

La prise en charge du cancer au Mali n'est pas harmonisée. Cependant, l'état malien a consenti d'énormes efforts à travers la subvention de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

➤ *Les affections cardio-vasculaires*

Le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) est estimé à 10 %. Il existe un service de cardiologie tenu par des spécialistes dans les établissements suivants :

- les Centres Hospitalo-universitaires et les six Centres de Santé de Référence de Bamako ;
- les EPH de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao.

La prise en charge des maladies cardiovasculaires n'est pas effective sur toute l'étendue du territoire national. Elle pose d'énormes problèmes dans les domaines de la prévention, du diagnostic et de la thérapeutique.

➤ *La cécité*

En l'absence de statistiques récentes, la prévalence de la cécité a été estimée au milieu des années 90 à 1,2% sur la base des résultats de quatre enquêtes réalisées dans les régions de Kayes en 1984 (1,1%), de Sikasso en 1992 (1,3%), de Ségou en 1991 (1,5%) et de Mopti en 1984 (0,97%).

Cependant, une enquête réalisée sur l'appréciation rapide de la cécité évitable (ARCE) réalisée en 2011 auprès de personnes de plus de 50 ans vivant dans la région de Koulikoro a révélé que la cataracte non traitée était la principale cause de cécité (58%). La couverture chirurgicale de la cataracte est de 36,7%, ce qui demeure encore faible. Le taux de chirurgie de la cataracte (CSR) est de 1 343 par million d'habitants et le ratio de chirurgies pratiquées par chirurgien est de 324 par an. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux recommandés par l'IAPB qui sont respectivement de 2 000 par million d'habitants et de 500 interventions chirurgicales par an pour chaque chirurgien. Au Mali, le ratio d'ophtalmologues par million d'habitants est de 2,9 par million, ce qui correspond à la moyenne régionale exceptionnellement basse.

➤ *Les maladies mentales, neurologiques et l'épilepsie*

Les maladies mentales constituent une préoccupation majeure au Mali. À ce jour on ne dispose pas de données sur les prévalences des problèmes de santé mentale. Cependant, les données disponibles sur la prévalence des troubles mentaux au Mali publiées par l'OMS²¹³ donnent des taux de prévalence bruts - non standardisés de 3,6% pour les troubles dépressifs et 2,6% pour les troubles anxieux. Les déterminants fondamentaux des problèmes mentaux sont la drogue, l'alcool, le tabac, etc.

La prise en charge des maladies mentales est assurée uniquement dans le service de psychiatrie du CHU Point G car les antennes régionales ne sont plus opérationnelles en dehors de celle de Sikasso, Bougouni et de Koutiala. En plus de cette importante limite, les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé mentale au Mali peuvent être résumés comme suit :

- l'inexistence de politique et de plan stratégique spécifique pour la santé mentale ;
- l'insuffisance de spécialistes à l'intérieur du pays ;

²¹³ Ref: 2. WHO - Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates - 2017 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

- l'insuffisance de personnels dédiés à la prise en charge des maladies mentales (Pour 18 millions habitants, il n'existe que 17 Neurologues, 07 Neurochirurgiens, 09 Psychiatres, 40 Médecins généralistes compétents en épiléptologie, 02 Psychologues,);
- l'insuffisance d'équipement pour le diagnostic (09 TDM, 10 EEG, 02 IRM).

e. Santé et environnement

La prolifération des vecteurs de maladies est l'un des problèmes majeurs et environnementaux au Mali. En effet, parmi les maladies préoccupantes du pays, imputables aux vecteurs, on note le paludisme, la bilharziose, la filariose lymphatique. Les causes de ces maladies sont entre autres la mauvaise gestion des déchets et la mauvaise gestion des eaux usées et pluviales.

Dans la plupart des centres urbains et à cause du manque de système de drainage, des dépressions se forment pendant l'hivernage constituant des gîtes larvaires, sources de contamination. Aussi, on note l'absence d'un système adéquat de gestion des déchets solides sources de prolifération des vecteurs de maladies (mouches, rongeurs, tiques, moustiques). La mauvaise gestion des déchets liquides constitue la principale cause des maladies liées au péril fécal et à la prolifération des vecteurs de maladies. Par ailleurs, il faut souligner l'existence d'un mécanisme formel (plateforme «ONE HEALTH») de coordination intersectorielle pour la santé humaine, animale et environnementale.

Les faiblesses majeures relevées dans ce domaine portent sur :

- l'absence de textes juridiques spécifiques régissant le lien santé et environnement ;
- la faible prise en compte des questions des liens entre santé et environnement dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ;
- l'inexistence d'agenda de recherche sur la santé et environnement ;
- l'insuffisance de ressources humaines spécialisées en santé et environnement ;
- l'inexistence d'un mécanisme de coordination des systèmes de surveillance de l'environnement et de la santé ;
- l'inexistence d'un mécanisme d'évaluation conjointe de santé et environnement ;
- l'inexistence de plan d'action pour la mise en œuvre d'une trentaine de conventions, de traités et d'accords internationaux signés et/ou la ratifiés ;
- l'absence d'indicateurs nationaux globaux pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé et environnement ;
- la faible prise en compte des aspects santé et environnement dans les rapports nationaux sur l'état de l'environnement ;
- l'inexistence d'une législation exigeant la pratique de l'évaluation de l'impact sanitaire au même titre que l'étude d'impact environnemental et social ;
- la faible allocation budgétaire en faveur de l'environnement et de la santé.

f. la médecine traditionnelle

En Afrique, le Mali est considéré comme étant à l'avant-garde dans la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle. L'Institut National de Phytothérapie et Médecine Traditionnelle a été créé en 1968. Depuis le Mali a fait des progrès, avec de nombreux projets réalisés, des personnes formées et des acteurs renforcés.

Les contributions significatives de la médecine traditionnelle portent essentiellement sur :

- la lutte contre le paludisme à travers la prise des cas simples et la référence des cas graves de fièvre palustre à la médecine conventionnelle ;
- la prise en charge de la tuberculose en collaboration avec le Programme National de Lutte contre la tuberculose ;
- la prise en charge des troubles psychiatriques et de l'épilepsie au CRMT à Bandiagara ;
- la prise en charge des affections traumatologiques ;
- la Prise en charge des affections hépatiques par des plantes hépato protectrices.

La promotion des médicaments traditionnels à travers l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de sept (7) Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). Il s'agit du BALEMBO sirop adulte et sirop enfants (Antitussif), du DYSENTERAL sachets (Antiamibien), du GASTROSEDAL sachet (Antiulcéreux), du HEPATISANE sachets (Cholérétique), du LAXA CASSIA sachets (Laxatif), du MALARIAL 5 sachets (Antipaludique) et du PSOROSPERMINE pommade (Anti eczémateux). Il y a neuf (9) MTA en attente d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

➤ **Défis :**

- le renforcement des systèmes locaux de santé par l'implication effective des ressources de la Médecine Traditionnelle dans l'offre de soins et la lutte contre la maladie ;
- l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans la surveillance épidémiologique villageoise ;
- l'implication des acteurs de la Médecine Traditionnelle dans les activités préventives, curatives et promotionnelles de santé ;
- l'utilisation optimale des nouvelles technologies dans la promotion de la médecine traditionnelle ;
- la prise en compte des activités de la Médecine Traditionnelle dans le SLIS ;
- l'érection du DMT en Agence pour la promotion de la Médecine Traditionnelle Le renforcement du partenariat avec le Fédération Malienne des Tradithérapeutes et Herboristes (FEMATH).

5.1.3. Les Soins hospitaliers et Recherche

a. Soins hospitaliers

De gros efforts ont été faits dans le cadre de la réforme hospitalière. En dépit de ces efforts, le taux moyen de mortalité¹⁴ intra hospitalière est passé de 11,20% en 2014 à 11,43% en 2018. Cette légère augmentation pourrait être imputable entre autres au recours tardif aux soins (Références/évacuation, autoréférence), à la crise sécuritaire, à l'insuffisance et la motivation du personnel qualifié. Ce taux de mortalité varie entre les hôpitaux, par exemple, il est de 19,43 à l'hôpital du PG et 18,93% au Gabriel Touré contre 10,63 à l'hôpital du Mali.

Au niveau de la 2^{ème} référence, le taux de mortalité le plus élevé a été enregistré à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti soit 13,12% et le plus faible à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao soit 6,06% pour une moyenne nationale de 9,16%.

En matière de référence-évacuation, la proportion des patients admis sur référence/évacuation a augmenté passant de 27,00% en 2014 à 31,4% en 2018. Cela s'explique en partie par l'insuffisance de personnel qualifié et du plateau technique au niveau des structures qui réfèrent ainsi qu'une faible organisation du transport du village au CSCom (moto-ambulance) soutenu par un mécanisme local de financement.

Le taux d'occupation des lits est de 50,9% en 2018, en deçà de la norme OMS qui est de 80%. Cela s'explique en partie par une gestion non optimale des lits.

Selon le rapport de synthèse de l'évaluation des hôpitaux réalisée en 2018, le niveau de qualité des soins mesuré pour l'ensemble des hôpitaux s'élève à 53%. Le niveau le plus faible se trouve au CHU du PG et le plus élevé est de 77% à l'hôpital de Sikasso et à l'Hôpital du Mali. Ce faible taux de la qualité des soins est tributaire de certaines insuffisances notamment, la faible disponibilité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale, la non-conformité des commodités des salles d'hospitalisation, la non-conformité du processus d'hygiène hospitalière aux normes et procédures, la non adéquation du processus de prise en charge des urgences, la non adéquation du processus de maintenance des équipements.

Selon cette même évaluation, sur 13 hôpitaux, 7 ne disposent pas de projet d'établissement (CHU Gabriel Touré, CHU Point G, Hôpital Mère-enfant du Luxembourg, CHU CNOS, Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Hôpital de Tombouctou et Hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao).

b. La recherche

Les principales structures impliquées dans la recherche étaient :

- l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) avec comme principaux domaines d'intervention la santé communautaire, la nutrition, la santé

¹⁴ Annuaire SIH. 2018

environnementale, l'épidémiologie, les sciences sociales, l'économie de la santé, l'assurance qualité de laboratoires, les IST, VIH/SIDA, la Santé de la Reproduction, les Maladies Tropicales Négligées, le cancer, la qualité des diagnostics de laboratoire, la poly chimiorésistance (PCR), les Médicaments Traditionnels améliorés ;

- le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) avec comme domaines essentiels le développement des vaccins, la surveillance des maladies endémo-épidémiques, des infections sexuellement transmissibles (IST) et des maladies à potentiels épidémiques, endémiques ;
- le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) dans le domaine de la survie de l'enfant ;
- le Centre National de Transfusion Sanguine.

Il faut rappeler l'existence d'un Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la vie (CNESS) qui donne un avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans le domaine de la médecine, de la pharmacie, de la biologie, de la santé et des autres sciences de la vie et fait des recommandations sur ces sujets. En plus du CNESS il existe trois autres comités d'éthiques (FMOS, INRSP et CRLD) qui n'ont aucun lien hiérarchique entre eux. De 2014 à 2018, il y a eu au total 65 protocoles de recherche examinés et validés par le CNESS dont 10 en 2014, 10 en 2015, 07 en 2016, 08 en 2017 et 30 en 2018. Sur la même période, les autres comités scientifiques des institutions de recherche ont validé 37 protocoles de recherche. La proportion des protocoles validés dont les recherches sont terminées est de 42.96%.

Avec l'absence d'une structure de coordination de la recherche, la disponibilité des résultats des recherches menées demeure une problématique. Cependant, la création de l'Institut National de Santé Publique suite à la réforme du système de santé pourrait constituer une réponse à cette problématique.

Au terme de cette analyse de situation relative à la recherche, on peut retenir comme :

Forces

- l'érection du Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'INRSP en centre d'excellence de l'OOAS ;
- la publication d'articles sur la survie de l'enfant dans les revues scientifiques ;
- l'autonomie de gestion des EPH, EPST, EPIC.

Faiblesses

- l'insuffisance dans la fonctionnalité des organes consultatifs et de gestion de certains hôpitaux ;
- l'insuffisance de communication sur le dispositif d'amélioration de la performance dans les hôpitaux ;
- la discordance entre les données des différents supports (SIH et les registres) ;
- la vétusté des Infrastructures et équipements de laboratoire dédiés à la recherche ;

- l'insuffisance dans la maintenance des équipements biomédicaux.
- le retard voire le refus de plusieurs collectivités territoriales à s'acquitter de leur quote part dans la caisse de solidarité du système de référence/évacuation ;
- l'insuffisance dans la maintenance des appareils biomédicaux ;
- le faible engagement de l'État pour le financement des opérations d'urgence du DOUSP (Département des opérations d'urgence en santé publique).

Opportunités

- l'existence d'un site de surveillance sanitaire et démographique à Dialakoroba ;
- l'existence de la loi hospitalière ;
- les réformes institutionnelles du système de santé en cours.

Menaces

- la réduction voire la rétention du budget d'État alloué à la santé.

5.1.4. Disponibilité des médicaments, des dispositifs médicaux y compris les réactifs/tests, et des produits sanguins et dérivés

a. Disponibilité des médicaments, des dispositifs médicaux y compris les réactifs/tests

L'analyse de la mise en œuvre du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) a montré que :

- (i) le taux de rupture des médicaments essentiels est passé de 9% en 2014 à 6% en 2017 (rapport d'activité DPM, 2017) grâce entre autres, à la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et des prescripteurs, à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des informations logistiques pour des prises de adéquates, à des supervisions formatives de la mise en œuvre des activités du SDADME ;
- (ii) le coût moyen de l'ordonnance dans les CSREF est passé de 2 650 F CFA en 2014 à 2601 F CFA en 2017 pour un coût de référence de 2000 F CFA. Dans les CSCOM, il est passé de 1430 F CFA en 2014 à 2421 F CFA en 2017, pour un coût de référence de 1200 F CFA. Ce résultat s'explique par le changement des pratiques de prescription, l'insuffisance dans la mise à jour et la diffusion des directives de traitement, l'insuffisance dans le respect du SDADME (rapport d'activité DPM, 2017) ;
- (iii) le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance est resté le même (4 en 2014 et 4 en 2017). Ce qui reste toujours supérieur la norme de l'OMS (2 produits par ordonnance).

Il ressort aussi des rapports de contrôles de qualité du Laboratoire National de la Santé que les taux de non-conformité des médicaments étaient de 1,53% en 2016 et de 3,94% en 2017.

Pour ce qui concerne les dispositifs médicaux y compris les réactifs/tests, il n'existe pas de textes réglementaires en matière d'homologation et d'approvisionnement. Cependant, les directives de l'UEMOA y afférentes ont été validées par les Ministres en charge de la santé de la zone en novembre 2019. Leur mise en œuvre permettra de combler ce déficit.

Pour garantir la qualité du médicament, il est indispensable de l'intégrer dans un processus d'homologation avec la tenue statutaire de quatre (4) sessions par an de la Commission Nationale d'Autorisation de Mise sur le Marché (CNAMM). Cependant, de 2014 à nos jours, ce rythme des sessions n'a pas pu être respecté.

En ce qui concerne le suivi de la gestion des produits pharmaceutiques, il est mis en place auprès du Ministre en charge de la santé un Comité Technique de Coordination et de Suivi de la gestion des Médicaments essentiels (CTCSGME) avec 4 réunions statutaires. Les réunions de ce Comité ne se tiennent qu'avec l'appui des partenaires.

b. Disponibilité des produits sanguins et dérivés

Les rapports d'activités du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ont permis de noter :

- (i) l'augmentation du nombre de dons de sang qui est passé de 63761 en 2014 à 66973 en 2017. Ces dons de sang restent toujours dominés par les dons familiaux de compensation (74%). Le CNTS est confronté à des difficultés de recrutement et de fidélisation des donneurs de sang bénévoles ;
- (ii) une nette diminution du taux de positivité global des marqueurs infectieux chez les donneurs de sang (22% contre 15%) qui s'explique par une sélection médicale rigoureuse ;
- (iii) le faible taux de collecte de sang en cabine mobile en 2017 (13% Vs 9,2%) ;
- (iv) la baisse du nombre de séances de sensibilisation (131 Vs 47), conséquences de la grande instabilité du personnel assurant ces activités suite au retrait des partenaires.

Par ailleurs, l'achat des médicaments et des autres produits de santé est soumis aux dispositions du Code des marchés publics alors qu'ils ne peuvent être assimilés aux autres marchandises. Ceci rallonge les délais d'approvisionnement en produits de santé de qualité, par conséquent impacte négativement sur leur disponibilité. De ce fait, il est impératif d'accorder un caractère particulier aux produits de santé dans les dispositions réglementaires des Marchés Publics pour faciliter leur acquisition.

c. La pharmacovigilance

Pour éviter le plus possible de causer un préjudice aux patients et améliorer ainsi la santé de la population, il est nécessaire de mettre en place des dispositifs et des mécanismes performants d'évaluation et de surveillance de la sécurité des médicaments utilisés en pratique clinique. Malgré toutes les dispositions pour renforcer le système de pharmacovigilance, nous constatons que les activités sont restées toujours timides. À titre d'illustration, nous pouvons citer entre autres : (i) la sous notification des cas d'Effets Indésirables des Médicaments (EIM) ; (ii) l'instabilité du personnel notamment les points focaux formés en pharmacovigilance au niveau central et régional ;

d. Coordination du système national de laboratoires d'analyses biomédicales :

Les différentes évaluations notamment celles de CDC (Centers for Disease Control and Prevention) et de l'OMS sur le système de laboratoires au Mali en septembre 2016, celle sur les laboratoires de diagnostic du VIH en octobre 2016 ont dégagé des insuffisances, entre autres, la faible capacité technique et financières de la DPM à assurer la coordination des laboratoires. En raison de l'importance croissante des laboratoires de diagnostics biologiques dans le cadre du concept « One Health (Une Seule Santé) » et les recommandations des différentes évaluations, il est prévu la création d'une direction nationale chargée de la coordination du système national des laboratoires.

Forces

- l'existence de la Politique Pharmaceutique Nationale ;
- l'existence du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) ;
- l'existence des manuels de Procédures Opératoires Standards sur la gestion des produits pharmaceutiques ;
- l'existence d'une centrale d'achat des produits pharmaceutiques ;
- la disponibilité du logiciel de Suivi des Produits de Santé (OSPSANTE) et du logiciel Channel pour la gestion de stocks dans les Dépôts répartiteurs de cercle ;
- la disponibilité des textes réglementaires régissant la pharmacovigilance, la transfusion sanguine et l'homologation des produits pharmaceutiques.

Faiblesses

- les insuffisances dans la gestion des stocks de produits dans les structures de santé ;
- le non-respect du circuit d'Approvisionnement et de Distribution des produits pharmaceutiques ;
- le retard dans la mise à jour et la diffusion du Guide Thérapeutique National et du Formulaire Thérapeutique National pour la prescription rationnelle ;
- la sous notification des cas d'Effets Indésirables des Médicaments (EIM) ;
- l'absence de Centres Régionaux de Transfusion Sanguine ;
- l'inadaptation des locaux du CNTS ;
- l'insuffisance de ressources financières pour la tenue régulière des Commissions d'AMM ;
- le faible nombre de donateurs volontaires bénévoles de sang réguliers ;
- l'insuffisance de diversification des produits sanguins ;
- l'insuffisance dans la calibration et le raccordement des équipements de laboratoire aux systèmes internationaux (métrologie) ;
- les délais d'approvisionnement plus longs en produits pharmaceutiques et autres intrants de laboratoire de qualité liés aux dispositions du Code des marchés publics qui ne tiennent pas compte de la spécificité des produits pharmaceutiques.
- l'absence de réunions statutaires des organes techniques de la pharmacovigilance.

Opportunités

- l'interopérabilité de l'Outil de Suivi des Produits de Santé (OSPSANTE) avec le DHIS2 ;
- l'existence de la Résolution AFR/RC5S/R2 de l'OMS portant renforcement des laboratoires de santé publique ;
- la mise en place de l'Unité de Gestion Logistique (UGL) dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- la réforme en vue pour l'érection de la Direction de la Pharmacie et du Médicament en Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique.

Menaces

- la prolifération de la contrefaçon des médicaments ;
- la lourdeur dans le processus d'appel d'offre pour l'acquisition des médicaments.

5.1.5. Gouvernance : Administration, Coordination, Décentralisation, Ressources humaines, Financement et Système d'Information Sanitaire

a. Administration, Coordination et Décentralisation

Selon le rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III, le faible leadership au niveau national est caractérisé par un manque de sanctions face à la mauvaise gestion observée tant par rapport à l'affectation des ressources humaines (plus politique que sur mérite ou en fonction des besoins), par le non-respect des textes en vigueur comme le schéma directeur de l'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels qui a déjà été mentionné dans l'évaluation de PRODESS II, la caducité des textes de création, d'organisation et de fonctionnement de l'Inspection de la santé, la caducité des textes relatifs à l'exercice privé des professions sanitaires au Mali. S'ajoute à cela l'insuffisance de régulation du secteur privé (services cliniques, de pharmacie et de formation).

La gestion des CSCom ne suit pas les textes et principes de la décentralisation et la déconcentration. La contribution des membres des ASACO n'atteint quasiment jamais les 10% requis de la population, le conseil d'administration n'est pas régulièrement renouvelé, le genre n'est pas respecté, les rôles respectifs de la collectivité territoriale, de l'ASACO et du DTC sont mal compris ou interprétés. De plus, quand il s'agit des ressources comme l'achat des médicaments, les diverses parties prenantes ne s'acquittent pas convenablement de leurs parts, comme le paiement des quotes-parts pour la référence évacuation.

Le non-respect de la carte sanitaire entraîne la création de structures de santé approuvées par les mairies, mais en total désaccord avec la politique sectorielle. Elles sont peu rentables car ne ciblent pas les populations qui en ont besoin et sont quelquefois contraires à la qualité des prestations attendues. Il y a des maternités érigées en total irrespect de la carte sanitaire avec du personnel non qualifié pour pratiquer un accouchement.

Aussi, il faut noter que dans la plupart des CSCOM, la caisse de médicaments est largement utilisée au détriment des postes de dépenses prévus par le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels.

La lenteur de la mise en œuvre des réformes et politiques essentielles, comme la réforme hospitalière, la création d'une équipe cadre de cercle afin d'avoir un meilleur suivi rapproché des CSCOM est manifeste et contribue à la persistance de nombreuses difficultés de gouvernance.

Le Gouvernement n'assume pas suffisamment son rôle de leadership dans la coordination et l'alignement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) autour du PRODESS. Pourtant, le Gouvernement doit s'assurer que les principes de base de l'approche sectorielle soient mieux respectés.

Les bonnes pratiques locales sont peu partagées. Ces bonnes pratiques sont observées parfois au niveau villageois, telles que la mise en place d'un système de référence des villages vers le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) avec un comité de gestion villageois de la référence/évacuation ; la dynamique observée dans les Comités des Femmes Utilisatrices des services de santé (CFU) animés par les représentants des trois départements, la constitution et l'entretien de groupes de maris modèles, des groupes de soutien à l'allaitement maternel et la nutrition Groupe de Soutiens aux Activités de Nutrition (GSAN), les mamans lumières, les maisons d'attente pour les femmes enceintes présentant un risque à l'accouchement, etc.

b. Ressources Humaines pour la Santé

L'augmentation de l'enveloppe budgétaire pour le recrutement de nouveaux agents dans la fonction publique de l'État et des collectivités a permis l'amélioration du ratio professionnels de santé qui est passé de 4 en 2014 à 6 en 2017 pour 10.000 habitants. Ce ratio est de loin en deçà du seuil fixé par l'OMS (23 professionnels/10.000 hbts). De plus, le personnel disponible est inégalement réparti et certaines spécialités ne sont pas encore disponibles dans tous les districts (gynécologues, pédiatres, chirurgiens, etc.). Cependant, au cours de la période 2010-2015 de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines (PSNDRH), des formations de médecins spécialistes ont eu lieu à l'extérieur et à Bamako où de nouvelles filières ont été ouvertes. Le nombre total de médecins formés toutes spécialités confondues est de 326 sur une prévision de 437, soit 74,60% ; dont 266 à Bamako et 60 à l'extérieur. Au titre des recrutements, 432 agents en 2014, 243 en 2015, 231 en 2016 ont été recrutés. Sur 1236 agents recrutés en 2017 toutes catégories confondues, 74% l'ont été dans la fonction publique des Collectivités et 26% dans la fonction publique d'État.

Tableau 6 : Ratio professionnels de santé (médecin, infirmier et sage-femme) pour 10 000 hbts par région au Mali en 2018 (SLIS 2018)

District/Corps	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Taoudénit	Ménaka	Bamako	Total
Médecin	221	338	222	244	199	60	67	15	7	16	1646	3035
SF, IO	298	503	286	294	245	54	46	36	10	19	1627	3418
Infirmier (AM, TSS, TS)	561	784	859	605	472	168	209	70	36	56	2448	6268
Personnel de santé	1080	1625	1367	1143	916	282	322	121	53	91	5721	12721
Pop. 2018	2 665 001	3 237 000	3 533 000	3 123 723	2 721 000	902 000	650 246	91086	181 266	74 965	2 420 001	19 599 288
Ratio	3,6	4,5	3,5	3,6	3,3	3,1	5	13,3	2,9	12,1	13,7	6,5

NB : Ce ratio tient compte du personnel du secteur privé.

Le ratio de Professionnel de santé au niveau national est de 6 pour 10.000 qui restent largement inférieur à la norme de 23 pour 10.000 habitants recommandés par l’OMS. Les taux les plus élevés au niveau national se trouvent dans les régions de Kidal (13 pour 10.000 hbt), Bamako (14 pour 10.000 hbt) et Ménaka (12 pour 10.000 hbt). Les ratios les plus faibles sont enregistrés à Tombouctou et Taoudéni (3 pour 10.000 hbt).

Forces

- existence de personnels qualifiés sur le marché ;
- existence d’une Direction Nationale des RHS ;
- existence de politique et plan de développement des RHS ;
- augmentation du budget pour le recrutement de personnels qualifiés ;
- réalisation de formations continues pour le personnel qualifié.

Faiblesses

- l’insuffisance et l’instabilité des ressources humaines qualifiées ;
- la faible motivation du personnel ;
- la non application du plan de carrière adopté par le Gouvernement ;
- l’insuffisance de ressources budgétaires pour le recrutement du personnel en fonction des besoins des structures ;
- l’iniquité dans la répartition géographique du personnel ;
- l’inadéquation des textes de création des écoles privées de formation avec les spécificités du secteur de la santé ;
- la faible adaptation des programmes de formation aux besoins des nouvelles orientations de la politique ;
- la faible qualité de la formation initiale des médecins et des paramédicaux dans les établissements de formation, surtout dans le privé ;
- l’inadéquation des programmes de formation aux besoins de l’emploi ;
- l’inadéquation des profils avec les postes.
-

Opportunités

- l'existence du document de politique nationale de développement des ressources humaines et de son Plan stratégique ;
- l'évolution du secteur privé a eu un impact positif sur la disponibilité des professionnels de santé ;
- l'existence de 27 domaines de spécialisation (Diplômes d'Études Spécialisées)
- l'existence de curricula de formation de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Menaces

- la prolifération des écoles privées sans licence d'exploitation ;
- la fuite des cerveaux ;
- l'instabilité du personnel ;
- les pratiques privées par les professionnels du secteur public contraires à la réglementation en vigueur.

c. Financement du système de santé

Tableau 7 : Évolution des dépenses de santé par source de financement 2013 à 2016 (en million de francs CFA)

Sources de financement	2013		2014		2015		2016	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Administration publique	44 985	18	55 975	18	63 315	20	88 086	28
Entreprises	1 312	1	4 643	1	6 767	2	3 343	1
Ménages	92 389	37	113 523	36	118 267	37	123 904	39
ISBLSM*	11 091	4	47	0		0	195	0
Reste du monde	100 910	40	143 710	45	130 194	41	98 293	31
Total	250 687	100	317 897	100	318 543	100	313 821	100

Source : CPS-SSDSPF/Compte de la Santé

*Institutions sans but lucratif au service des ménages

Selon les Comptes de la Santé (CS), les sources de financement de la santé au Mali sont : les ménages, l'Administration publique, les bailleurs de fonds, l'Institut Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM) et les entreprises. En 2016, le principal mécanisme de financement de la santé reste caractérisé par les paiements directs des ménages (39%), suivent les fonds extérieurs (31%), puis le financement public (28%).

Entre 2013 et 2016, l'évolution de la part des contributions des différentes sources de financement a été de 18% à 28% pour l'Administration publique, de 37% à 39% pour les ménages et de 40% à 31% pour les partenaires extérieurs. Il ressort de ces données que les ménages supportent la plus importante part et que celle des PTF a beaucoup diminuée.

Quant à la part du budget de la santé¹⁵ dans le budget national, elle est passée de 5,94% en 2016 à 5,99% en 2018 pour un objectif prévisionnel national de 13% en 2018 et 15% par rapport à l'engagement d'Abuja. Ceci s'explique en partie par l'orientation des dépenses de l'État pour la gestion de la crise sécuritaire d'une part et d'autre part par la diminution des financements extérieurs.

Selon l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III réalisée en 2017, la gratuité a été bien nécessaire, et l'est encore dans certaines zones. Toutefois, cette approche n'est pas durable, perturbe les acquis du système national de santé, et n'est pas compatible avec les options prises à ce jour en vue d'une couverture universelle.

A l'instar d'autres pays, le Mali a élaboré une politique de financement de la santé pour la couverture universelle. Cependant, la couverture universelle ne peut être atteinte dans la limite de l'engagement d'Abuja, en particulier la couverture du risque maladie qui nécessite la disponibilité d'un niveau de ressources financières très important, y compris les subventions de l'État. Ces dispositifs s'appuient sur les mécanismes de tiers-payant qui devront permettre de soutenir l'accès des usagers aux services de santé avec la réduction drastique de la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé (minimum, si possible inférieur à 20%).

L'OMS définit la valeur de 86 dollars des États Unis (US \$) comme norme concernant les dépenses totales en santé par habitant pouvant assurer un état de santé décent à la population. Au Mali, cet indicateur est de 21 609 FCFA soit 42 dollars des États Unis (US \$).

Forces

Gratuité de certaines prestations sanitaires (césariennes, le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, TB/VIH, la lèpre, la dracunculose, etc.)

Faiblesses

- le faible niveau de mobilisation des ressources et l'utilisation croissante de l'aide directe ciblée (appui projet), souvent peu alignée sur les systèmes nationaux, ont contraint le processus d'allocation des ressources.
- l'insuffisance des ressources allouées aux collectivités dans le budget de la santé ;
- l'insuffisance de l'implication des privés dans les politiques de gratuité ;
- les difficultés de mobilisation par les collectivités des ressources transférées (pour insuffisance d'information, méconnaissance des procédures de mobilisation, etc.) ;

- le refus de certaines communes de mettre à la disposition des structures de santé les fonds pour la réalisation des activités programmées ; la faible part du budget de la santé dans le budget d'État ;

Opportunités

- l'existence d'un système de financement alternatif de la santé (AMO, RAMED, mutuelles de santé) ;
- l'accompagnement des partenaires extérieurs dans la mise en œuvre du PRODESS;

Menaces

- la diminution de la part du Budget de la santé dans le Budget national ;
- la tendance des PTF à adopter de plus en plus une approche projet comme stratégie de financement.

d. Système d'Information Sanitaire

Suite à une évaluation du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) réalisée en 2013 le MSHP s'est engagé dans un processus de développement du logiciel de gestion de l'information sanitaire de district version 2 (DHIS2) en lieu et place du logiciel « Développement Sanitaire du Mali (DESAM) ». Ce processus a conduit au paramétrage dans ce nouveau logiciel, les différents outils du SLIS, du Système d'Information Hospitalier (SIH), du Système d'Alerte Épidémiologique (SAE), des programmes (tuberculose, VIH, paludisme...), du Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL) à travers l'interopérabilité du DHIS2 avec l'outil de suivi des produits de santé (OSP SANTE). À ce jour, la mise en œuvre de la feuille de route de développement du DHIS2 a permis de couvrir 100% des districts sanitaires, 100% des hôpitaux et 96% des CSCom. Il faut rappeler que l'utilisation du logiciel DHIS2 a amélioré non seulement la disponibilité de l'information sanitaire aux différents niveaux de la pyramide mais aussi la qualité des données. Cependant, les difficultés d'accès à la connexion internet au niveau de certains CSCom limitent la promptitude et la complétude des données. Pour résoudre ces difficultés, il faut renforcer la collaboration intersectorielle.

Forces

- l'amélioration de la collecte des données PF et renforcement des activités (campagnes et plaidoyers en faveur de la PF) ;
- la prise en compte des données des ONG, des officines privées, des Relais et des Agents de Santé Communautaires (ASC) ;
- la disponibilité d'un système informatisé de gestion des Ressources Humaines (SI-GRH) ;
- la disponibilité du DHIS2 (plateforme nationale de gestion de l'information sanitaire) dans 100% des hôpitaux, 100% des DRS, 100% des CSRef et 98% des CSCom;

- la production à temps des annuaires statistiques ;
- la disponibilité de l'information en temps réel et partout ;
- la disponibilité du logiciel de Comptabilité TOMPRO2.

Faiblesses

- l'absence de politique d'archivage et de documentation ;
- l'insuffisance/ la mobilité des ressources humaines chargées de l'information sanitaire ;
- la faible promptitude des données liées en partie aux difficultés d'accès à la connexion internet au niveau de certaines structures ;
- l'insuffisance dans la transmission des données du secteur privé dans le SIS ;
- l'insuffisance dans la collaboration avec le secteur privé.

Opportunités

- le projet d'informatisation des services de l'État (logiciel gestion du courrier, logiciel de gestion de passation des marchés, interconnexion de l'administration) ;
- l'ouverture du Diplôme Universitaire du Système d'Information Sanitaire de Routine (DU/SISR).

Menaces

- l'existence de systèmes d'information parallèles.

e. La décentralisation et la déconcentration :

On note :

- (i) une augmentation des ressources liées aux compétences transférées mis à la disposition des collectivités. Ainsi, quatre (4) lignes budgétaires ont été transférées aux collectivités communes, huit lignes (8) aux collectivités cercles et sept (7) aux collectivités communes du District de Bamako. Les montants transférés sont passés de 7 087 456 000 FCFA en 2014 à 9 905 190 000 FCFA en 2018,
- (ii) des CSCOM ont été construits par les collectivités communes dans le cadre de la convention de financement de l'ABS avec l'ANICT en 2014 et 2015. Les listes 2016, 2017 et 2018 n'ont pas pu être réalisées à cause de la suspension voire l'arrêt du financement sur l'ABS pour la construction des CSCOM, lié au non-respect de ladite convention par l'État ;
- (iii) le renforcement des mesures pour l'opérationnalisation de la décentralisation et de la déconcentration dans le secteur a permis l'adoption des textes de création de l'hôpital de district (transféré aux collectivités) et ceux des services de santé et d'hygiène publique de cercle en cours (structure déconcentrée de la DGSHP) ;

- (iv) plusieurs outils, notamment le guide d'opérationnalisation du Décret 02-314 P-RM du 4 juin 2002, le guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé (tome 1 le guide de gestion du CSCOM, tome 2 Guide de gestion du CSRéf), le guide de mobilisation, d'exécution et d'utilisation des ressources transférées entre autres ont été élaborés et disséminés dans le cadre du renforcement des collectivités. La convention type d'assistance mutuelle entre Commune et ASACO, le manuel de facilitation de la mise en œuvre de la décentralisation en matière de santé et le manuel de formation en planification sanitaire décentralisée ont été aussi développés et disséminés. Aussi, dans le cadre de la santé communautaire, les modules suivants ont été développés : il s'agit du module sur la mobilisation sociale, la gestion, la planification et le cadre juridique ;
- (v) Par ailleurs, le MATCL a adopté l'arrêté n°2011-4859/MATCL-SG du 1er décembre 2011 déterminant les conditions et les modalités de mobilité et de mise en congé de formation des agents de la santé et du développement social fonctionnaires des collectivités territoriales.

Cependant, les représentants des collectivités territoriales ont des insuffisances dans l'exercice de leurs rôles et responsabilités en matière de santé. Par ailleurs, beaucoup d'efforts doivent être consentis par tous les acteurs du système de santé décentralisé dans le cadre de la collaboration

f. Gestion financière et matérielle :

Le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) 2014-2018 du secteur socio-sanitaire présente les enveloppes annuelles globales et leur niveau par tête d'habitant ainsi qu'une analyse détaillée par objectif stratégique.

Globalement, le budget nécessaire à l'atteinte des résultats du PRODESS III (2014-2018) s'élève à plus de 1 451 milliards francs CFA équivalents à 2,5 milliards de dollars des États Unis, ce qui représente une dépense par tête d'habitant évoluant de 31,96 USD en 2015 à 34,59 USD en 2018.

La répartition par composante permet d'allouer, pour toute la période, environ 1 059,3 milliards de FCFA à la santé et l'hygiène publique, 304,7 milliards au Développement social et plus de 87,1 milliards à la composante Femmes, Enfants et Famille ; ce qui représenterait respectivement 73%, 21% et 6% respectant ainsi la clef de répartition convenue entre les trois départements.

g. Les missions d'appui de planification, de programmation et de suivi-évaluation :

Elles ont été organisées, de 2014 à 2018, les réunions des conseils de gestion des districts sanitaires se sont tenues au moins une fois par an avec l'appui des Directions Régionales de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

Des missions d'appui ont été également organisées par le Secrétariat Permanent du PRODESS avec la participation de l'ensemble des acteurs. En effet, ces appuis ont ciblé les Comités Régionaux d'Orientation, Coordination et d'Évaluation du PRODESS (CROCEP), les Journées d'Évaluation et de Programmation des Structures Centrales, l'élaboration de différentes politiques et de plans stratégiques nationaux. Cependant, ces réunions de coordination ne se sont pas tenues conformément aux textes (1 fois sur 2 pour le comité de suivi et 1 fois sur 4 pour le comité technique). Il est à noter que ces organes sont présidés et co-présidés respectivement par le Préfet au niveau district sanitaire, le Gouverneur au niveau région, les Secrétaires Généraux des trois Départements en charge du PRODESS, les trois ministres de ces mêmes départements. Quant à l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III, elle a été réalisée en 2017.

h. Le Partenariat :

La mise en œuvre du PRODESS est appuyée par des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans le cadre de la coopération bi et multilatérale. Ainsi, des accords de financement avec les PTF sont signés suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général *ou* sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel. Cependant, certains flux financiers échappent au contrôle des Ministères et donc aux comptes globaux du financement de la santé.

Néanmoins à partir de 2008, suite à la Réunion interrégionale des équipes du secteur national de la santé tenue à Lusaka dans le cadre de l'International HealthPartnership (IHP+) et suite à l'initiative Harmonization for Health in Africa (HHA), le Mali a entamé un processus de dialogue actif avec les partenaires intervenant dans la santé qui a abouti en 2009 à un accord appelé « COMPACT » qui est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement du Mali et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD.

Cependant, compte tenu du fait qu'aucun des pays notamment ceux en voie de développement n'a atteint les OMD à l'horizon 2015, la communauté internationale a élaboré une nouvelle feuille de route axée sur l'attente des Objectifs du Développement Durable (ODD) en 2030

Au niveau du pays, le Cadre de Relance Économique et de Développement Durable (CREDD), seul cadre référentiel de toutes les politiques sectorielles prend en compte ces ODD.

Il est à signaler que l'ensemble des PTF du secteur socio-sanitaire sont membres et participent aux réunions des organes d'orientation, de coordination et de suivi/évaluation du PRODESS aux différents niveaux du système sanitaire et social.

Forces

- la disponibilité du manuel de procédure d'exécution du PRODESS ;
- la tenue des instances du PRODESS aux différents niveaux.

Faiblesses

- l'irrégularité de la tenue des instances du PRODESS ;
- le non-respect des engagements pris par les différentes parties dans le « COMPACT » ;
- l'inadaptation des locaux de certaines structures de coordination en bail (CPSSSDSPF, DRHSSDS, CNTS,...).

Opportunités

- la gestion du Budget en mode budget programme ;
- la forte volonté politique de l'État à renforcer le processus de décentralisation surtout avec la signature de l'accord de paix et de la réconciliation issue du processus d'Alger signés à Bamako en 2015 ;
- les réformes institutionnelles du système de santé en cours.

Menaces

- la désaffection de plus en plus grande des partenaires au développement ;
- les insuffisances au niveau de la coordination et du suivi du développement du secteur privé ;
- la faiblesse de la collaboration intra et intersectorielle.

5.1.6. Réformes institutionnelles du secteur

Le PRODESS III a prévu un vaste chantier de réformes dont une liste de 19 ont été validées par le Comité de suivi du PRODESS en 2016. Des plans d'actions pour leur mise en œuvre ont été élaborés par les différents responsables. Ces réformes portent sur le développement, la mise à jour ou la mise en œuvre de politiques et ou de stratégies concernant les Ressources Humaines pour la Santé (RHS), la carte socio-sanitaire, les médicaments, la promotion de la santé, le financement, le système d'informations sanitaire et sociale, la télésanté et l'informatique médicale, la gouvernance, la redevabilité, et le leadership, la sécurité sanitaire, la santé communautaire, la promotion des personnes handicapées, l'insertion des femmes et enfants en situation difficile, la gestion des épidémies et catastrophes.

Selon le rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III, seulement quelques-unes de ces réformes constituent de vraies innovations. Il s'agit notamment de celles portant sur la mise en place d'un dispositif médico-légal, la retraite complémentaire par capitalisation, le régime des accidents de travail et maladies professionnelles, et celui de la protection sociale du secteur agricole et informel. Il y a également deux réformes qui concernent la mise en application de cadres réglementaires régionaux pour les sociétés coopératives et les mutuelles sociales.

En fait ces réformes font partie des projets ou programmes d'appui des PTF. C'est ainsi que l'USAID appuie la politique pharmaceutique, le Canada et l'UNICEF, la santé communautaire et les Pays-Bas, la carte sanitaire, sociale et promotion de la famille, le schéma directeur du

système d'informations sanitaire et sociale, et le renforcement de la gouvernance, de la redevabilité et du leadership sectoriel.

La majorité de ces réformes ne sont pas connus tels quels par certaines parties prenantes, ni même souvent par les décideurs eux-mêmes. Le rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III révèle également que d'autres réformes citées par divers interlocuteurs ne sont pas incluses dans la liste, comme la transformation de l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux en Agence d'Accréditation des Hôpitaux, le renforcement de l'inspection de la santé et de la régulation, le partenariat public privé et l'inclusion du secteur privé dans le système de la santé, la révision des statuts de la DPM pour devenir l'Autorité de Régulation Nationale, la transformation des CSRéf en hôpitaux et la formation parallèle d'Équipes cadres de cercle (ECC) pour une meilleure supervision des CSCom. Il est par conséquent nécessaire de créer une plateforme consensuelle sous le leadership du Gouvernement et d'une feuille de route pour la mise en œuvre des diverses réformes envisagées. Cette plateforme aurait pu être matérialisée si les Groupes Thématiques du PRODESS étaient fonctionnels et bien coordonnés.

Les résultats de ces réformes qui restent peu visibles compte tenu de leur partielle ou non mise en œuvre selon le rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III, ne peuvent être appréciés qu'à travers les résultats atteints par les différents programmes présentés dans les chapitres précédents et celui relatif aux grandes réalisations présentées plus loin.

5.1.7. Nutrition

À l'analyse situationnelle, la malnutrition demeure un phénomène préoccupant dans la société malienne. En effet, au niveau des ménages, la malnutrition et l'insécurité alimentaire agissent comme un goulot d'étranglement, réduisant les ménages à demeurer durablement dans le cercle vicieux de la pauvreté. De nombreuses études ont prouvé aujourd'hui que tout comme l'éducation et la vaccination, l'état nutritionnel détermine également la qualité du capital humain attendu.

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, il existe un engagement au plus haut niveau qui se manifeste par la création de la Cellule de Coordination de la Nutrition, l'engagement des PTF pour la prise en charge des intrants de lutte contre la malnutrition et l'organisation des Semaines d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN) et la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM).

En termes de progrès réalisés, on note une amélioration des indicateurs comme (i) le taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans qui est passé de 38% en 2012-2013 à 27% en 2018, (ii) le taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 13,3% (EDS-MV) à 9% en 2018 (EDS-MVI) (iii) le taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 25,5% (EDS-MV) à 19% en 2018 (EDS-MVI).

Cependant, la prévalence de l'obésité chez les femmes en âges de procréer a augmenté, passant de 18% (EDSV) à 28% (EDSVI).

Dans le cadre du contrôle de qualité, 10 601 produits ont été contrôlés entre 2014 et 2017 et les taux de non-conformité se présentent comme suit :

- pour les aliments/Boissons, il est de 29,8% en 2014 ; 10,5% en 2015 ; 18,64% en 2016 et de 22,77% en 2017 ;
- pour les eaux, il est de 28,1% en 2014 ; 33% en 2015 ; 33,2 % en 2016 et de 27,71% en 2017.

On constate de façon générale qu'une proportion importante des produits contrôlés ne répond pas aux normes requises.

Toutefois, il faut noter un certain nombre de goulots d'étranglement à savoir :

- sur le plan de la prévention, la question de la disponibilité de la vitamine A dans les CSCoM (50%) dans la quasi-totalité des régions (près de 70% des régions) ;
- Concernant la prise en charge, l'accessibilité aux CSCoM dans un rayon de 5 Km disposant des services de PCIMA, avec des URENAS¹⁶ fonctionnels (47%) et la disponibilité des personnels formés (56%). Sikasso qui a une disponibilité des intrants à 79% n'a que 37% de couverture effective en raison d'une faible accessibilité géographique.

A ces goulots, s'ajoute un certain nombre de défis liés à la prise en charge de la malnutrition sont entre autres :

- la promotion des approches communautaires et multisectorielles pour l'amélioration de la survie et le développement de l'enfant ;
- l'intégration des intrants de la nutrition dans le SDADME ;
- la disponibilité et la transformation des produits locaux fortifiés ;
- la lutte contre la carence en micro nutriments (Vit A, Vit B, Vit C, Iode, Fer et Zinc).

5.2. Composante Développement social

5.2.1. Gouvernance, Administration générale, coordination et décentralisation :

5.2.1.1. Financement

La composante Développement Social a été financée par le budget de l'État, le Recouvrement des coûts, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les Communautés et les Collectivités.

Tableau 8 : Financement des activités pour l'ensemble des acteurs de 2014 à 2018 (000) FCFA

Acteurs	Montants des financements par années									
	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
État	48 981 909	33%	52 251 027	23%	55 484 074	16%	55 910 151	18%	72 959 080	25%
ABS	100 000	0%	3 599 945	2%	1 092 295	0%	740 758	0%	198 327	0%
Recouvrement des coûts	100 023 022	66%	161 149 388	70%	278 383 979	82%	244 419 394	80%	215 502 576	74%
Communautés	8 516	0%	17 208	0%	11 500	0%	21 782	0%	18 172	0%
Collectivité	7 879	0%	6 777	0%	9 387	0%	29 074	0%	11 695	0%
Partenaires	1 479 046	1%	13 325 438	6%	3 142 700	1%	3 035 027	1%	3 022 855	1%
Total	150 600 372	100%	230 349 783	100%	338 123 935	100%	304 156 186	100%	291 712 705	100%

Source ; CPS-SSDSPF, Rapports du Comité de suivi

Il ressort de l'analyse de ce tableau que les Institutions de Sécurité Sociales à savoir l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) constituent les principaux acteurs du financement du secteur avec 2/3 du financement. Les autres acteurs se partagent le reste du financement. Nous notons un faible accompagnement des partenaires techniques qui ne contribuent qu'avec 1% du financement.

Par ailleurs, la composante Développement Social rencontre des difficultés de financement à tous les niveaux notamment dans la prise en charge de certains groupes cibles.

5.2.1.2. Gestion des ressources humaines

Un plan de développement des ressources humaines du secteur prenant en compte les effectifs, la formation, la motivation et le plan de carrière du personnel de santé a été adopté en 2019. Il convient de souligner, dans ce cadre, que seul le Ministère de la Santé dispose d'un plan de carrière des fonctionnaires et d'une ligne de crédit de formations diplômantes pour ses agents.

Il s'agit par conséquent de diligenter la finalisation du plan de carrière des fonctionnaires du département et l'octroi d'une ligne budgétaire pour le recrutement et la formation continue du personnel de la composante développement social.

Tableau 9 : Évolution de la situation du personnel du Développement Social de 2014 à 2018.

Corps/Catégorie	2014	2015	2016	2017	2018
Administrateur action sociale A	244	267	804	729	729
Autres catégories A	305	347		45	45
Technicien supérieur de l'action sociale B2	93	211	473	1 158	1 158
Catégories B1	90	94	303	268	268
Personnel d'appui (C, D, E)	241	233	1 066	445	445
Total	1 055	1 152	2 646	2 645	2 645

Source : *Rapports DRH SS-DS aux Comités Techniques*

Au regard de ce tableau nous notons une arrivée massive de personnels en 2016 (2 646) contre 1 152 en 2015 (plus du double en un an). Cette arrivée massive pourrait s'expliquer d'une part par une erreur de compilation des chiffres et par le recrutement massif au niveau des Institutions de Sécurité Sociales d'autre part. Cependant, depuis trois ans il n'y a quasiment plus d'arrivée du personnel au sein du département.

➤ **Situation du parc roulant :**

La situation du parc auto en 2019 est de 197 véhicules dont 113 en bon état, 45 passables et 37 en mauvais état. Quant au parc moto la situation est de 777 engins dont 433 en bon état, 130 dans un état passable et 211 mauvais.

Par ailleurs, il importe aussi de signaler que le renouvellement du parc ne suit pas son état de vétusté et le dénuement est plus criard dans les services régionaux et subrégionaux entravant l'atteinte des résultats.

5.2.1.3. Décentralisation et Déconcentration

La décentralisation, en cours au Mali, est un mode d'organisation institutionnelle qui consiste à faire gérer par des organes délibérants élus et par la participation de la société civile dans les affaires propres d'une collectivité territoriale. Elle couvre, de plus en plus, tous les domaines du développement, spécifiquement sanitaire et social.

Les États Généraux de la décentralisation, tenus en octobre 2013 à Bamako, a développé de nombreux thèmes¹⁷ dont certains sont toujours d'actualité. Il s'agit du « renforcement de la démocratie, la bonne gouvernance, la prévention et la gestion des conflits » à travers la gouvernance locale basée sur les principes de responsabilité, d'obligation de résultats, de transparence, et prenant en compte les légitimités traditionnelles et le genre ; et « l'amélioration

¹⁷ PRODESS III. version finale. Secrétariat Permanent du PRODESS – CPSS-SDSPF. 2014. Bamako. P 48

des services de bases aux populations » pour la prise en compte des situations spécifiques par la mise en œuvre de mesures incitatives pour faciliter la déconcentration... »

C'est dans le cadre de la décentralisation que le département de la santé et des affaires sociales a initié avant l'Administration la prise en compte systématique de l'approche communautaire à toutes les étapes de la gouvernance locale notamment dans les domaines de la création, de l'animation et du fonctionnement des ASACo et autres structures communautaires (mutuelles sociales; caisses de solidarité, Comités de gestion scolaires, sociétés coopératives, groupements socio-professionnels, les Comités qualité, les Comités des Femmes Utilisatrices (CFU) de Services de Santé etc.). Cette initiative a tout son sens comme dirait le sage : l'animation c'est « de l'ensemencement à la cueillette ; si vous baissez les bras au moment de la floraison, vos efforts sur l'ensemble du processus seront presque inutiles. ».

5.2.1.4. Coopération et partenariat :

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS, des accords et conventions ont été signés avec les partenaires techniques et financiers, résumé ci-dessous :

La DNPSES entretient des rapports de partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme Alimentaire Mondial (PAM), la Banque Mondiale (BM), l'OXFAM, l'Organisation Mondiale pour l'Alimentation (FAO) et autres ONG intervenant dans les domaines de la protection sociale et de l'économie sociale et solidaire.

À cela, il faut ajouter : la poursuite de la mise en œuvre de la convention entre le MSAH et le PAM dans le cadre de la protection sociale et de l'action humanitaire (i) , la poursuite de la mise en œuvre du protocole d'entente entre le PAM, la DNPSES et la DNS pour les Unités de Récupération Nutritionnelle et Soins Intensifs (URENI) (ii), la mise à disposition de la DNPSES d'un Assistant Technique Transfert monétaire par le PAM (iii), le recrutement par la Banque Mondiale d'une Assistante Technique John Learning Network (JLN) basée à la DNPSES (iv) et la signature de contrat d'objectifs entre l'Union Nationale des Sociétés Coopératives des Producteurs de Coton (UN-SCPC) et la DNPSES en 2015.

Quant à la Direction Nationale Développement Social (DNDS), les interventions dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale ont été renforcées par : la signature des conventions, des protocoles entre la DNDS et les partenaires techniques et financiers (UNICEF, PAM, BM, OIM, HCR, FAO, Handicap International, SightSavers, la Principauté de Monaco, la coopération suisse, le Secours islamique de France) (i), l'appui à la mise en œuvre des autres accords de partenariat de projet entre le département et ces mêmes partenaires (ii).

Contrairement à d'autres départements, celui en charge du Développement Social est transversal. Sa force réside dans la coopération et la collaboration avec d'autres parties prenantes tant étatiques que des collectivités territoriales, la Société civile et surtout des populations elles-mêmes. Il faut reconnaître qu'au regard de la multitude d'acteurs et la diversité des projets dans le domaine de la Protection sociale en général et de l'insertion socioéconomique ou la promotion des groupes vulnérables en particulier, la difficulté majeure

réside en la quasi absence de mécanismes de coordination des différentes interventions, quand on sait qu'il « est établi que la mise en place de ce type de dispositif apparaît très problématique à cause de l'absence d'une culture de l'inter ministérialité au niveau de nos administrations¹⁸ »

5.2.1.5. Système d'Information Social (SISo)

Forces :

- la création d'une Unité de Planification et du Système d'Information Sociale au niveau régional ;
- l'existence des supports de collecte des données harmonisées (Rapports Trimestriels d'Activités, Bilan C et annuaire statistique) ;
- la production de l'annuaire statistique social ;
- l'existence du Registre Social Unifié ; de la base ASACo, la base des sociétés coopératives, de la base des PDI ;
- la disponibilité du logiciel de comptabilité TOMPRO2.

Faiblesses

- l'absence de dénominateurs de base pour certaines cibles du développement social ;
- l'absence de politique d'archivage et de documentation ;
- l'insuffisance dans la collecte des données au niveau commune (absence de structures au niveau commune) ;
- la faible promptitude et complétude des données du SISo ;
- la multiplicité des bases de données (la base de données sur les sociétés coopératives, la base de données sur les ASACO ; la base des sociétés coopératives, des mutuelles sociales et le suivi de leur performance ; la base de données sur les PDI) ;
- l'insuffisance de financement pour la collecte et la validation des données à tous les niveaux ;
- l'insuffisance de connexion internet à tous les niveaux ;
- l'insuffisance dans le renforcement de capacités des agents ;
- l'absence d'évaluation du SISo ;
- l'absence de base de données unique du SISo ;
- l'insuffisance et l'instabilité du personnel ;
- l'insuffisance dans la collaboration avec les autres intervenants dans le partage de l'information ;
- la faible capacité technique des agents dans la production, la gestion et utilisation des données statistiques ;
- la multiplicité des bases de données ;
- l'insuffisance dans la collaboration avec les collectivités et le secteur privé.

¹⁸ CDI, Synthèse de l'Audit organisationnel des services de treize départements ministériels, Nov. 2008; in, Secrétariat Permanent du PRODESS – CPSS-SDSPF. PRODESS III. version finale. 2014. Bamako. P 25

Opportunités

- l'opérationnalisation du Registre Social Unifié ;
- l'existence du DHIS2 ;
- l'interopérabilité des différentes applications.

Menaces

- l'insécurité dans certaines localités du pays.

5.2.1.6. Dans le domaine des études et recherches.

Très peu d'interventions sur les groupes cibles du département ont été réalisées dans ce cadre. Nous pouvons retenir essentiellement, dans ce domaine, en plus de celles évoquées plus haut dans le cadre de la Protection Sociale : la prévalence du Handicap et opinions sur la prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako (Mali), l'étude pour une meilleure articulation des interventions de filets sociaux et de prévention/réponse aux crises au Mali (cartographie, l'analyse et les orientations d'articulation des filets sociaux) sur financement du PAM et l'étude de capitalisation des bonnes pratiques de solidarités et d'entraides sociales en matière de protection sociale durable des personnes pauvres et vulnérables dans la zone d'intervention du programme « JIGISEMEJIRI » (sur financement de la Banque Mondiale) , l'étude sur la Protection Sociale des travailleurs du Monde Agricole et du Secteur Informel. Aussi, il convient de signaler que d'autres études importantes ont été soit réalisées ou en cours, il s'agit de l'étude sur la sensibilité du VIH/SIDA aux questions de Protection Sociale, l'étude sur les Normes et Procédures en matière de Filets Sociaux et l'évaluation de la première génération du Plan d'actions de la Protection Sociale et celui relatif à l'Économie Sociale et Solidaire. Enfin, il a été édité un guide sur les Sociétés Coopératives par rapport à l'Acte Uniforme de l'OHADA et bientôt le guide sur l'Approche Communautaire dont le document est validé.

Il faut cependant signaler l'existence de l'Unité de Planification rattachée au Secrétariat Général du Ministère ayant en charge essentiellement la coordination du Système d'Information Sociale (SISo).

Forces :

- la disponibilité du décret N°2012-082/P-RM du 8 février 2012 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire ;
- la disponibilité d'un plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur ;
- la disponibilité du Registre Social Unifié ;
- la disponibilité d'une base de données sur les sociétés coopératives ;

- la disponibilité de deux logiciels sur l'immatriculation des mutuelles sociales et le suivi de leur performance ;
- la disponibilité d'une base de données sur les PDI ;
- la disponibilité d'une base de données sur les ASACO.

Faiblesses :**Opportunités :**

- la réforme budgétaire conformément aux directives de l'UEMOA ;
- la mise en place de groupes d'experts et de comité de réflexion et de suivi de la mise en place des dispositifs de protection pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle au Mali.

Menaces :

- l'insécurité dans la partie nord et au centre du pays ;
- la tension de trésorerie ;
- l'insuffisance de personnel qualifié ;
- l'insuffisance dans la motivation du personnel.

5.2.2. Solidarité et Lutte contre l'Exclusion

Des goulots d'étranglement majeurs ont affecté l'efficacité du PRODESS III¹⁹. Ainsi, certains groupes cibles ont été faiblement pris en compte Il est à noter, selon l'évaluation à mi-parcours dudit programme, que les valeurs des indicateurs peuvent différer selon les données d'année en année dans les annuaires statistiques, et même au sein d'un annuaire entre les résumés au début des annuaires et les tableaux dans le corps du texte. Toute chose qui explique les valeurs des indicateurs en dents de scie de la composante Développement Social. Dans ce domaine les indicateurs de mesures de résultats sont plus explicites que ceux du cadre commun (voir grandes réalisations).

Tableau 10 : Indicateurs de mesures de résultats du Programme 2

N°	INDICATEURS	Niveau d'atteinte				
		2014	2015	2016	2017	2018
Programme II : Renforcement de la Solidarité et de la Lutte contre l'Exclusion						
1	Pourcentage de satisfaction en besoin d'appareillages	43,19	56,97	45,86	64,32	22,35
2	Nombre d'études et recherche réalisées sur les phénomènes du vieillissement.	6,00	5,00	11,00	3,00	1,00
3	Pourcentage de personnes rééduquées	ND	ND	64,00	64,22	74,70
4	Pourcentage de personnes en détresse victimes de catastrophes suivies	66,39	81,93	89,39	89,18	84,96

¹⁹ Ibid. Rapport à mi-parcours du PRODESS III P95-96

5	Pourcentage de personnes en détresse déplacées retournées	75,00	171,69	58,00	82,79	94,42
6	Pourcentage d'AGR financées pour personnes déplacées et population d'accueil vulnérables	32,66	83,40	73,63	91,85	95,00
7	Nombre de personnes ayant assisté aux séances d'IEC	612 069	532 606	483 376	1 725 612	1 812 541
8	Nombre de groupes d'animation appuyés	75	452	5 549	5 557	9 404
9	Nombre de leaders d'opinion formés dans les activités de promotion de la santé.	4 798	3 052	6 295	6 324	4 611

Source : *Rapports DNDS*

Le Programme Solidarité et Lutte contre l'Exclusion, a trois (3) objectifs et neuf (9) indicateurs qui sont analysés comme suit :

(i) La promotion de l'intégration socioéconomique des catégories sociales vulnérables n'a pas enregistré de progression significative des indicateurs y afférents au cours des cinq années écoulées en dépit des efforts de l'État. Par exemple, les études et recherche réalisées sur les phénomènes du vieillissement s'élèvent à sept dont six en 2014. Cette faible performance est imputable à l'insuffisance de financement des plans d'actions des structures techniques et au contexte sécuritaire difficile. À ces contraintes, il faut ajouter l'incomplétude des données liées à la non prise en compte des efforts fournis par d'autres structures non étatiques dans la satisfaction des besoins des groupes vulnérables.

Malgré tout, cette intégration socioéconomique des catégories vulnérables restera vaine si les services techniques dédiés à ce programme ne prennent pas à bras le corps la problématique de la définition des concepts opératoires et du coup celle relative aux indicateurs de ces groupes cibles car « les décideurs politiques et les régulateurs ont souvent besoin d'informations désagrégées afin de mieux planifier la lutte contre la pauvreté. Typiquement, il leur est nécessaire de disposer des informations sur des petites unités géographiques telles que des quartiers, des villes, des groupes de villages ou même des villages. Dire à un responsable Malien que les personnes qui souffrent le plus de la pauvreté se trouvent dans la région de Sikasso ne permet probablement pas de cibler efficacement les groupes les plus pauvres²⁰. » Ainsi, pour lutter plus efficacement contre la pauvreté, les exclusions sociales, etc. il est indispensable de disposer par exemple d'indicateurs de pauvreté à « un niveau local dans la mesure où les inégalités spatiales demeurent importantes au sein d'une même région²¹».

En matière de réadaptation fonctionnelle, des progrès sont enregistrés avec les efforts conjugués de l'Etat et de ses partenaires. En effet, les résultats enregistrés au niveau du Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali (CNAOM) sur la période de 2014 à 2018 sont assez révélateurs. Les résultats des séances de rééducation sont passés de 16 217 séances en 2014 à 18 677 séances en 2018. Ceux de production d'appareils orthopédiques sont passés de 431 appareils orthopédiques en 2014 à 793 appareils orthopédiques.

²⁰ 4^e RGPH du Mali, 2009, Cartographie de la pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Mali en 2009, Octobre 2012, P.10

²¹ Ibid 4^e RGPH, P.10

(ii) Le renforcement de l'action humanitaire : Les résultats obtenus dans ce domaine sont globalement satisfaisants grâce à l'amélioration de la situation sécuritaire dans les zones de départ avec la signature de « l'Accord pour la Paix et la Réconciliation au Mali issu du processus d'Alger ». Nous enregistrons un pic sur le pourcentage de personnes en détresse déplacées retournées (171,69%). Ce taux très élevé est dû à l'engouement d'un grand nombre de volontaires pour le retour, qui se sont fait enregistrer à la dernière minute lorsqu'ils ont compris que des conditions idoines étaient réunies pour leurs retours, grâce à l'effort exceptionnel du gouvernement et de certains partenaires comme l'aménagement des sites d'accueil qui a été déterminant pour le retour de nos compatriotes réfugiés. Mais aussi, les programmes d'intervention d'urgence dans trois (3) régions du Nord et le Cercle de Douentza ont financé des AGR au profit des personnes déplacées et la population d'accueil vulnérables. Ceci a permis d'obtenir des résultats remarquables entre 2014 (32,66%) et 2018 (95%) de réalisation. Le pourcentage de personnes en détresses victimes de catastrophes suivies est en augmentation constante (66,39% en 2014 et 84,96% en 2018).

(iii) La promotion de la mobilisation sociale autour des programmes socio-sanitaires a enregistré des résultats tout aussi satisfaisants. Le nombre de personnes ayant assisté aux séances d'IEC a triplé entre 2014 et 2018, passant de 612 069 à 1 812 541 individus. Ce record s'explique par l'engagement des groupes d'animation encadrés dont le nombre est passé de 75 en 2014 à 9 404 en 2018, ainsi que d'un grand nombre de leaders d'opinion formés dans les activités de promotion de la santé. Les succès enregistrés dans le cadre de cet objectif sont dus à la maîtrise par les agents du Développement Social de l'approche « Communication pour le Développement » (C4D) mais aussi à la disponibilité de financement de l'Unicef et certains partenaires de proximité dans ce domaine.

Forces :

- l'existence du décret N° 95-368/P-RM du 13 octobre 1995 fixant le régime de rémunération des prestations en faveur des personnes âgées au sein des structures de diagnostic, de soins et d'hospitalisation de l'État ;
- l'existence d'un arrêté instituant la carte de priorité pour les personnes âgées ;
- l'opérationnalisation de l'Unité de Gestion de la base des données sur les personnes déplacées internes (PDI) ;
- l'adoption de la convention relative aux droits des personnes handicapées par l'assemblée générale des Nations Unies par la résolution n°61/106 du 13 décembre 2006 et sa ratification par le Mali le 08 novembre 2008 ;
- l'adoption du plan stratégique 2015-2024 pour la promotion socioéconomique des personnes handicapées par le conseil des ministres en 2014 ;
- la loi 2018 - 027 du 12 juin 2018 relative aux droits des personnes vivant avec un handicap ;
- l'existence de documents de politique et des structures de coordination (Politique Nationale de l'Action Humanitaire, Politique Nationale de la Solidarité, Politique de la Protection Sociale, Conseil National de l'Action Humanitaire) ;

- l'existence de document de Stratégie Nationale de Développement de la Réadaptation Fonctionnelle au Mali 2017-2026 ;
- l'existence de Programmes, projets, fondations et structures de prise en charge des groupes vulnérables (Réadaptation à Base communautaire, Programme de Réadaptation Physique du CICR « PRP », l'Office National de Pupille en République du Mali) ;
- l'existence de ressources humaines formées ;
- l'existence du mois d'octobre dédié à la solidarité.

Faiblesses :

- l'insuffisance d'études d'envergure nationale sur les cibles (personnes handicapées, personnes âgées, femme seule chargée de la famille) du domaine de la lutte contre les exclusions ou contre la pauvreté ;
- l'insuffisance d'études d'envergure nationale sur les fléaux sociaux (tabagisme, mendicité, prostitution, alcool et drogues) ;
- l'absence d'étude d'évaluations d'impact des activités d'IEC sur les cibles ;
- l'insuffisance de financement de l'Approche communautaire dans les programmes et projets de développement ;
- l'insuffisance de financement des activités de mobilisation sociale autour des programmes de santé ;
- l'insuffisance du nombre de kinésithérapeutes, d'orthoprothésistes et d'orthophonistes au niveau du CNAOM ;
- Non opérationnalisation de certains Centres régionaux d'Appareillages Orthopédiques et de Rééducation Fonctionnelle (CRAORF) ;
- l'insuffisance de ressources pour la prise en charge des personnes déplacées internes ;
- l'insuffisance de ressources pour la prise en charge des victimes des risques de catastrophes et calamités naturelles ;
- l'absence de stocks de sécurité pour la gestion des urgences ;
- l'ampleur et persistance du phénomène de la mendicité sous une forme ostentatoire ;
- l'absence du décret d'application de la loi N° 2018 -027 du 12 juin 2018 relative aux droits des personnes vivant avec un handicap ;
- l'absence de ligne de crédit pour le fonctionnement des Services locaux du Développement social et de l'Économie Solidaire ;
- l'insuffisance de ressources humaines.

Opportunités :

- l'existence de programme d'urgence présidentielle ;
- la participation de la société civile et des PTF dans le financement des actions de solidarité.

Les Menaces :

- les restrictions budgétaires liées à la gestion politique et sécuritaire des crises ;
- les conséquences du changement climatique notamment les inondations, les sécheresses et autres catastrophes.

5.2.3. Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Sociale et Solidaire**Tableau 11 : Indicateurs de mesures de résultats du Programme 3.**

N°	INDICATEURS	Niveau d'atteinte				
		2014	2015	2016	2017	2018
Programme III : Renforcement de la Protection Sociale et l'Économie Solidaire						
1	Taux d'augmentation des assurés sociaux des ISS	10,19	13,37	16,43	16,73	16,24
2	Taux de création de nouveaux régimes de sécurité sociale (nombre)	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
3	Pourcentage de la population couverte par les ISS	10,56	11,63	13,76	15,63	17,29
4	Nombre de nouveaux ménages les plus démunis couverts par les programmes de transferts sociaux.	232 670	48 246	251 643	663 412	1 093 763
5	Nombre d'indigents pris en charge médicalement	3 375	5 189	12 989	29 514	67 402
6	Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé	4,47	4,93	4,95	5,02	6,25
7	Taux d'augmentation des adhérents au régime de l'Assurance Volontaire de l'INPS (AV+)	26,21	58,49	81,40	88,01	200,52
8	Nombre de nouveaux emplois créés par les sociétés coopératives et les mutuelles	158	412	122	820	932
9	Pourcentage d'OESS ayant bénéficié d'appui (technique et/ou financier)	75,00	ND	86,74	27,27	37,56
10	Pourcentage d'OESS fonctionnelles (sociétés coopératives, mutuelles et ASACO)	51,26	60,16	59,88	87,80	64,87

Source : *Rapports DNPSES*

Le Programme dénommé Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Sociale et Solidaire comporte quatre (4) objectifs auxquels se rattachent dix (10) indicateurs de mesure de résultats :

La contribution à assurer une meilleure couverture des prestations sociales : le taux de nouveaux adhérents aux différents régimes des institutions de sécurité sociale a connu une augmentation constante de 10,19% en 2014 à 16,73% en 2017 et une légère interruption en 2018 où on a enregistré 468 987 contre 483 044 en 2017.

La CMSS a mis en place deux régimes, pour les fonctionnaires, en 2017 et 2018 : celui des Accidents de Travail et des Maladies Professionnelles (ATMP) et le régime de la retraite par capitalisation.

La population couverte par les institutions de sécurité sociale est passée 3 370 578 en 2017 à 3 357 162 assurés en 2018. Cette évolution s'explique essentiellement par : la poursuite des opérations d'enrôlement biométrique dans le cadre de l'AMO à Bamako et dans tous les chefs-lieux de régions sauf Kidal et Tombouctou (i), le recrutement régulier de nouveaux agents dans la fonction publique d'État et des Collectivités qui, par ce fait, bénéficient des différents régimes/dispositifs de sécurité sociale : la maladie, la vieillesse, les accidents de travail et maladies professionnelles et les allocations familiales.

La contribution à assurer la prise en charge socio-sanitaire des couches les plus pauvres, concerne la prise en charge médicale des personnes indigentes (nombre qui a évolué de 3 375 bénéficiaires servis en 2014 à 67 402 en 2018) et les transferts sociaux aux ménages les plus démunis (dont le nombre a progressé de 232 670 en 2014 à 1 093 763 en 2018).

Concernant les transferts sociaux dans le cadre de « Cash Working group » nous avons enregistré une progression constante des bénéficiaires : 48 246 bénéficiaires en 2015 pour s'élever à 251 643 en 2016 et atteindre 663 412 en 2017. Ces différentes évolutions sont dues entre autres : au conventionnement entre l'ANAM et les CSCOM des zones couvertes par le Programme Jigisèmèjiri (i), la signature des contrats de performance avec les ASACO pour l'identification des indigents (ii), l'élargissement de la cible du RAMED à d'autres bénéficiaires de droit (blessés de guerre et catastrophes, les pupilles, etc...) (iii), la prise en compte en 2018 des données de plusieurs autres intervenants, en plus de Jigisèmèjiri, regroupés au sein d'un cadre commun pour les transferts sociaux au Mali dénommé « cash working group » composé de l'OXFAM, la FAO, l'UNICEF, le PAM, la BM, etc., (iv). Selon les statistiques du Cash Working Group, au 31 décembre 2018 le montant des transferts monétaires est 67 milliards 620 millions de Francs CFA soit 117 600 dollars US. Le nombre total de bénéficiaires est 1 773 225 dont 868 880 hommes et 904 345 femmes.

La couverture sociale aux populations non couvertes par les régimes publics de protection sociale a globalement connu une avancée significative en 2018 notamment le taux d'adhésion massive des adhérents au régime de l'Assurance Volontaire de l'INPS (AV+) qui est passée de 4 986 en 2017 à 14 984 en 2018. Il faut signaler que l'AV+ s'adresse aux travailleurs du monde agricole et du secteur informel (environ 78% de la population totale) dans le but de bénéficier de certains régimes de sécurité sociale tels que l'AMO et d'autres régimes assurantiels.

Une légère amélioration dans la progression du taux de couverture des mutuelles de santé a été notée en 2018 (6,25%) contre 5,02% en 2017 ; ce taux est nettement en deçà de la prévision de la DNPPSES qui était de 15% pour 2018.

Le développement des capacités des structures de Protection Sociale et d'Économie Solidaire, est relatif à l'appui accordé aux Organisations de l'Économie Sociale et Solidaire (OESS), en termes technique et/ou financier. L'appui à ces organisations au cours de ces deux dernières années demeurent assez faibles (27,27% en 2017 et 37,56% en 2018). En effet, seules 5 531 organisations de l'économie sociale et solidaire (ASACO, mutuelles et sociétés coopératives) ont bénéficié de la part de l'État d'un appui (technique et/ou financier) en 2018 sur les 14 124 répertoriées. Sur ce nombre, 9 551 OESS étaient fonctionnelles en 2018 ; ce qui correspond à un taux de fonctionnalité d'environ 65% ; qui aussi, est en deçà des objectifs du Programme 2 en matière de développement de ces organisations fixé à 80%. Il faut signaler par ailleurs la formation de 565 coopérateurs dans le cadre d'un Protocole entre la DNPPSES et l'UMOCI (Unité de Mise en Œuvre du Cadre Intégré) pour le renforcement des capacités de 205 sociétés coopératives de la filière gomme arabique.

Quant aux Sociétés Coopératives, il a été immatriculé au Mali 18 294 à la date du 31 décembre 2018, conformément à l'Acte Uniforme de l'OHADA, relatif aux droits des Sociétés Coopératives. Avec un capital initial de 7 114 649 240 FCFA, elles ont un taux de fonctionnalité de 62,19%.

Forces

En matière de Protection Sociale :

- l'institutionnalisation de la Branche de Prévention et de Réparation des Accidents du Travail et des Maladies professionnelles applicable aux fonctionnaires de l'État et des collectivités Territoriales, aux militaires et aux parlementaires ;
- la mise en place d'un comité de pilotage et lancement du registre social unifié (RSU) des bénéficiaires de protection sociale au Mali ;
- l'adoption de la Loi n°053 du 11 juillet 2018 portant code des pensions des fonctionnaires de l'État et des collectivités Territoriales, des militaires et des parlementaires ;
- l'adoption de la Loi n°074/AN-RM du 31 décembre 2018 portant création du RAMU ;
- l'arrimage du programme Jigisèmèjiri avec l'ANAM et l'appui de l'UNICEF en faveur de la mise en œuvre du RAMED ;
- l'appui des Pays-Bas pour la mise en œuvre des réformes prioritaires (Protection sociale du monde Agricole et du secteur informel, Régime des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles, Régime de retraite complémentaire par capitalisation) ;
- la mise en œuvre d'une convention de partenariat entre le programme Jigisèmèjiri et l'UTM pour la couverture mutualiste des bénéficiaires en fin de transferts monétaires.

En matière d'Économie Sociale et Solidaire :

- l'érection du Centre d'Appui aux Mutuelles, Associations et Sociétés Coopératives en Centre National d'Appui à la Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire (CNAPESS) par la Loi N°2017-056 du 06 novembre 2017 ;
- l'existence du rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la phase pilote de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé ;
- la dissémination du règlement N°07/2009/CM/UEMOA, relatif à la mutualité sociale au sein de l'espace UEMOA ;
- la création de l'Agence Malienne de la Mutualité Sociale, (AMAMUS) par la Loi n° 2019-020/ du 03 juillet 2019.

Faiblesses***En matière de Protection Sociale :***

- les difficultés de recouvrement des cotisations des assurés relevant des collectivités territoriales et de certaines entreprises du secteur privé ;
- la faible mobilisation des contributions des collectivités pour le financement du RAMED ;
- la faible fonctionnalité des organes du CNOS-PS ;
- la faible couverture des populations par les mécanismes de protection sociale (branches de sécurité sociale, les mutuelles sociales, l'AMO et le RAMED) ;
- l'absence de socle de Protection sociale au Mali ;
- la faible adhésion des populations non affiliées (secteurs informel, monde agricole et professions libérales) à l'Assurance Volontaire de l'INPS ;
- la faible couverture des bénéficiaires du RAMED et de l'AMO par les CSCom ;
- le faible taux de mobilisation de la quote-part des collectivités dans le cadre de la référence évacuation ;
- l'absence d'une ligne budgétaire dédiée au financement du Plan d'actions de la Protection sociale au Mali.

En matière d'Économie Sociale et Solidaire :

- l'inexistence d'une loi d'orientation sur l'ESS ;
- le faible niveau d'accompagnement des organisations et entreprises de l'économie sociale et solidaire ;
- l'absence d'organes de pilotage, de coordination et de suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan d'actions de la Politique Nationale de Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire ;
- le faible niveau de financement du Plan d'actions de l'économie sociale et solidaire.

Opportunités

En matière de Protection sociale

- l'organisation régulière de la Conférence Nationale sur la Protection Sociale pendant le mois de la solidarité ;
- l'existence de la Fondation pour la Solidarité ;
- la création de l'ONAPUMA ;
- la mise en place d'un Registre Social Unifié (RSU) ;
- la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ;
- la mise en place d'un régime spécifique de protection sociale du monde Agricole et du secteur informel ;
- l'élaboration du nouveau plan d'actions de la PNPS ;
- l'existence des Partenaires Techniques et Financiers ;
- l'existence d'un Fonds National de Solidarité ;
- l'existence des textes communautaires de l'UEMOA.

En matière d'Économie Sociale et Solidaire :

- l'existence des organisations et de leurs faîtières fonctionnelles dans le secteur de l'ESS ;
- l'existence d'entreprises de l'ESS opérationnelles ;
- l'existence des textes communautaires de l'OHADA et de l'UEMOA ;
- l'existence des Partenaires Techniques et Financiers ;
- la mise en place des mutuelles sociales d'envergure cercle ;
- le cofinancement des mutuelles sociales par l'État ;
- la création du Fonds National de Garantie pour les mutuelles sociales ;
- la création de l'AMAMUS ;
- l'existence d'institutions de microfinance ;
- l'existence de plan comptable de la mutualité sociale.

Menaces

Ces menaces concernent aussi bien le domaine de la Protection Sociale que celui de l'Économie Sociale et Solidaire :

- l'insécurité grandissante ;
- le faible revenu des populations ;
- la fraude à la sécurité sociale ;
- les coûts élevés des actes et des services dans les établissements sanitaires ainsi que des médicaments ;
- le non-respect des engagements financiers des partenaires (État, PTFs, collectivités, OSC, etc.) ;

- les effets des changements climatiques (faible pluviométrie, inondations, sécheresse, etc.).

5.2.4. Lutte contre la pauvreté

Dans le domaine de la lutte contre la pauvreté, l'Observatoire du Développement Humain Durable et de Lutte Contre la Pauvreté (ODHD/LCP) a réalisé quatre (4) études sur quatre (4) prévues grâce à l'engagement du gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers en 2017.

Le nombre d'infrastructures communautaires réalisées par le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) en 2017 a été de trois (3) salles de classe et deux (2) centres de santé. Par ailleurs, six (6) infrastructures communautaires et cinq (5) infrastructures productives ont été réalisées par le Projet d'Appui aux Communes Urbaines du Mali (PACUM).

Forces

- l'existence du partenariat avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ;
- l'existence d'un partenariat entre la Direction Nationale du Développement Social (DNDS) et le Programme d'Appui aux Communes Urbaines du Mali (PACUM) ;
- l'existence au niveau du Fonds de Solidarité Nationale d'un mécanisme de financement des infrastructures communautaires dans le cadre du Projet d'Appui et pour la Réinsertion Socio-Économique des Populations du Nord (PARSEP).

Faiblesses

- l'absence de plateforme Web sur le Système d'Information Géographique (SIGWebs) au niveau de l'ODHD/LPC ;
- la faible synergie entre les acteurs institutionnels dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la pauvreté au niveau central, régional et local ;

Opportunités

- la valorisation de l'Indice de Pauvreté Communale dans le cadre de l'allocation financière (décentralisation financière) ;
- la signature des conventions entre l'État, la Banque Mondiale et la Coopération suisse ;
- l'existence de financement sous forme de don de la Banque Africaine de Développement (BAD).

Menaces

- l'arrêt des financements du programme ;
- l'insuffisance/manque de financement ;
- l'instabilité de la situation sécuritaire dans les zones d'intervention des projets/programmes ;
- les calamités/catastrophes naturelles.

5.3. Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

5.3.1. Promotion de la Femme

En matière de promotion du genre, à la faveur de la loi N° 2015-052 du 18 décembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l'accès aux fonctions nominatives et électives, les femmes ont fait une percée un peu plus importante dans la vie publique. Ainsi, le pourcentage de femmes dans les postes nominatifs est passé de 10,4% en 2014 à 15,73% en 2017. En matière de gouvernance politique le nombre de femmes conseillères municipales est passé de 9% en 2009 à 25,6% en 2016. D'une manière générale, le secteur qui accorde plus de postes aux femmes est celui de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme avec 26,4% en 2015 contre seulement 3,6% du Secteur de l'administration générale.

Dans le domaine de la sensibilisation en SR/PF, le nombre de femmes de 15-49 ans sensibilisées sur la PF est passé de 125 082 en 2017 à 158 862 en 2018. Aussi, le nombre de femmes de 15-49 ans ayant bénéficié de la Distribution des contraceptifs à Base Communautaire (DBC) dans les Centres d'Autopromotion et Maison de la Femme et de l'Enfant est passé de 31593 en 2017 à 24308 en 2018.

Par rapport aux adolescents 68 064 ont été sensibilisés sur la PF en 2018 soit 99,66% contre 99,06% en 2017 soit une progression de 0,6 points de pour cent.

Dans le domaine de la formation professionnelle des filles déscolarisées, le Centre Aoua Keita a formé 125 filles en hôtellerie tourisme pour la formation qualifiante et 60 jeunes (Filles et garçons) pour la formation à la carte de 2018 à 2019. Cependant, la structure connaît présentement une situation d'inactivité liée aux lenteurs dans le processus de relecture des textes.

5.3.2. Promotion de l'Enfant et de la Famille

5.3.2.1. Une situation sanitaire et sociale des enfants toujours précaire

L'état global de la santé des populations du Mali se caractérise par une mortalité infantile élevée, un état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes toujours inquiétant.

La pratique de l'allaitement exclusif demeure faible et varie selon les régions du pays.

Il ressort de l'enquête MICS 2015 que la couverture vaccinale s'est améliorée et celle-ci a permis d'éliminer la poliomyélite et de faire reculer certaines maladies comme la rougeole et la méningite.

L'enregistrement à la naissance confère à l'enfant une identité et lui donne droit à la nationalité et par voie de conséquence au droit d'être protégé par l'État. Il permet également à l'enfant d'accéder aux prestations sociales, notamment les allocations familiales. Selon l'enquête MICS 2015 32,8% des nouveaux nés au Mali ne sont pas enregistrés. Le taux des enfants de moins de cinq ans enregistrés à la naissance est de 87,2% (urbain : 97% et rural : 85%).

Le nombre de villages ayant signé la convention d'abandon de la pratique de l'excision a augmenté passant de 795 en 2014 à 1119 en 2018. En outre, le nombre d'adolescentes (14-18 ans) touchées par l'information et la sensibilisation sur les méfaits du mariage d'enfants est passé de 89,85% en 2017 contre 53,22 % en 2018. Cette régression pourrait être liée à la faiblesse des financements des activités y afférentes.

Par ailleurs, on constate que le nombre d'enfants en situation d'abandons passe de 380 (G : 192 F : 188) en 2017 à 421 (G : 233 - F : 188) en 2018.

En matière de traite des enfants, les types d'exploitation subies par les victimes sont d'ordre économique (mendicité, travaux agricoles, domestique, petit commerce, orpaillage traditionnel...) mais aussi d'ordre sexuel. Ainsi, 42 enfants victimes de traite ont été rapatriés et réinsérés en 2014 et le nombre d'enfants pris en charge dans ce cadre était de 135 en 2017. De plus, le nombre d'enfants (filles et garçons) victimes de violences et/ou d'exploitation sexuelle a diminué de 1137 en 2014 à 317 en 2017.

Le Mali a signé quatre **accords bilatéraux**, de 2000 à 2005, avec certains pays frontaliers (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée Conakry) en matière de lutte contre le trafic transfrontalier des enfants. De janvier 2013 à décembre 2018, 165 enfants sortis des rangs des groupes armés, tous de sexe masculin ont bénéficié d'une prise en charge.

Dans le domaine de la participation des enfants à travers la promotion des activités socioéducatives, artistiques, de loisirs et de plaidoyer, le Mali a concrétisé le principe de la participation de l'Enfant dans la gouvernance du pays à travers son implication dans toutes les décisions le concernant. Pour ce faire, différents cadres d'apprentissage de son leadership ont été mis en place à l'instar du Parlement des enfants qui a été institutionnalisé en 1996.

La préparation des enfants et des jeunes du Mali à participer efficacement à la gouvernance, sociale, économique, politique et sécuritaire du pays devient dès lors un défi majeur face à l'enjeu de la capture du dividende démographique essentiel dans la marche du Mali vers l'émergence.

En dépit des efforts fournis par l'État et ses partenaires, les enfants au Mali restent encore exposés à diverses formes de violences, d'abus, d'exploitation et de négligence. Les résultats dans les domaines de la survie, du développement et de la protection de l'enfant sont encore en deçà des objectifs fixés par les programmes de développement économique et social.

La discrimination demeure pour certaines catégories d'enfants : moindre scolarisation des filles, faible accès des enfants de moins de 6 ans aux structures de développement de la petite enfance, faible accès aux services sociaux essentiels.

La persistance des traditions néfastes, notamment l'excision, le mariage forcé et précoce sont des contraintes structurelles qui font obstacle à la pleine réalisation des droits fondamentaux des filles en particulier.

5.3.2.2. La coopération et la coordination des actions au niveau national et local sont encore insuffisantes.

Dans le domaine de la coopération le département bénéficie de l'appui technique et financier de certains partenaires (UNICEF, USAID/ HP+, Coopération Canadienne, Care Mali, Plan Mali, Save the Children, OIM etc.). Le programme de coopération entre le gouvernement de la République du Mali et l'UNICEF assorti de plan quinquennal soutient les actions de protection et de promotion de l'enfant.

S'agissant de la coordination, il existe des cadres de concertation aux niveaux national, régional et local (CNAPN, CRAPN, CLAPN et le sous cluster protection de l'enfant).

En 2017, à la faveur de l'engagement du Mali pour mettre fin au mariage des enfants, un comité national de coordination et de suivi des actions de la campagne de l'Union Africaine a été créé.

Dans le domaine de la promotion de la famille, on note la paupérisation des familles avec son corollaire d'exode et de migration, l'influence des médias, la crise de la nuptialité, la banalisation du divorce, l'effritement de la solidarité, l'impact de la crise sociopolitique et sécuritaire que le pays a connu depuis 2012. La famille se trouve entamée dans ses fonctions socioculturelles, affectives et de protection, de reproduction et de production. C'est pourquoi, beaucoup d'enfants se retrouvent dans le Centre d'Accueil et de Placement Familial (CAPF) qui est confronté à une insuffisance de nounou. Ainsi, le ratio enfant/nounou est de 20 enfants pour 1 nounou, pour une norme de 5 à 8 enfants par nounou. Par ailleurs, le centre ne dispose ni de pédiatre ni de psychologue.

5.3.2.3. Ressources Humaines pour la Promotion de l'Enfant, de la Femme et de la Famille

L'effectif global des agents du MPFEF en 2017 se chiffre à 584 agents dont 317 femmes (54,28%) contre 267 hommes. Ces agents sont répartis entre les niveaux central, régional et local avec de fortes disparités entre le niveau central et le niveau déconcentré. En effet, 67% du personnel se trouvent au niveau central contre 33% au niveau déconcentré.

Tableau 12 : Ressources humaines Promotion de la famille

Catégories	Niveau central		Niveau régional		Total	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Administrateur Action Sociale et assimilés	125	32%	67	35%	192	33%
Technicien Supérieur Action Sociale et assimilés	34	9%	52	27%	86	15%
Technicien Action Sociale et assimilés	47	12%	43	22%	90	15%
Personnel d'appui	186	47%	30	16%	216	37%
Total	392	100%	192	100%	584	100%
%	67%		33%		100%	

5.3.3. Gouvernance : Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles

Dans le domaine de la coordination, du pilotage et du suivi-évaluation des politiques nationales en matière de genre, enfant et famille, les mesures suivantes ont été prises par le Gouvernement.

5.3.3.1. Genre

La mise en œuvre de la Politique Nationale Genre est assurée par l'ensemble des acteurs de développement. Elle a été renforcée par la création d'un mécanisme institutionnel de suivi à travers le *Décret N° 2014-0368/PM-RM du 27 mai 2014*, fixant le mécanisme institutionnel d'orientation, d'impulsion et de suivi de sa mise en œuvre.

Les organes de sa mise en œuvre sont : le Conseil Supérieur de la PNG, le Secrétariat de Suivi de la mise en œuvre de la PNG, les Comités sectoriels d'institutionnalisation du genre et les Comités Régionaux des questions de genre.

Cependant, des difficultés liées aux contraintes financières et à la non appropriation de la politique genre entravent l'opérationnalisation effective de ses organes.

5.3.3.2. Promotion de la famille

Dans ce domaines, (i) le Conseil National de la Famille, créé par décret n°06-282/P-RM du 11 juillet 2006, est un organe consultatif auprès du Ministre, chargé d'émettre des avis susceptibles d'impulser les questions de famille ; (ii) la politique nationale de promotion de la famille et son plan d'action 2016-2020 ont été adoptés en 2015 ; (iii) la célébration de la Journée Internationale de la Famille le 15 mai de chaque année, permet de mobiliser l'opinion nationale autour des problèmes qui touchent la famille.

La famille est confrontée à des difficultés dans toutes ses fonctions :

- dans sa fonction de reproduction, on note une nuptialité en crise, un indice de fécondité toujours élevé (6,3), selon EDSM VI, et aussi une forte influence des facteurs socioculturels et religieux sur les choix et comportements des familles par rapport à leur santé reproductive ;
- dans sa fonction de production, la persistance de la pauvreté et ses incidences sur les conditions de vie réduisent les capacités de prise en charge des besoins des membres de la famille ;
- dans ses fonctions de protection et de socialisation, la nucléarisation des familles et la perte progressive des mécanismes traditionnels de solidarité, d'éducation et d'apprentissage à la vie, affaiblissent l'autorité parentale nécessaire au maintien de la cohésion familiale et de l'exercice équitable des responsabilités par chacun de ses membres.

5.3.3.3. *Promotion de l'enfant*

Une série de mécanismes et instruments d'intervention ont été mis en place entre 1990 et 2014. Il s'agit entre autres de (i) la création du Centre d'Accueil et de Placement Familial par Ordonnance n° 90-037/P-RM du 5 juin 1990, (ii) la création du comité national d'action pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant en 1999 par Décret N°99 99-157/PM PM-RM du 16 juin 1999, (iii) la création de la Cellule Nationale de Lutte contre le Travail des Enfants par Décision n°04 1197 du 30 novembre 2004 du Ministre de la Fonction Publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les Institutions, (iv) la création du Comité National de suivi des programmes de lutte contre la traite des enfants au Mali en 2006 par Arrêté n° 06 06-1940/MPFEF-SG du 8 septembre 2006, (v) la Politique Nationale de Promotion et de Protection de l'Enfant et son plan d'action 2015-2019 adoptés 16 juillet 2014.

Le suivi-évaluation des politiques et programmes se fait dans le cadre de la coordination du PRODESS à travers les instances dédiées aux niveaux local, régional et national. Ce suivi-évaluation utilise comme outils, le Système d'Information sur la Femme, l'Enfant et la Famille (SIFEFF) qui génère des indicateurs permettant de mesurer la performance des différents programmes mis en œuvre. À ce jour, le SIFEFF compte 15 indicateurs du cadre commun. En plus, le MPFEF produit annuellement le bulletin statistique sur la femme et l'enfant. Un sous-système sur la protection de l'enfant (SIPRE) est en cours d'élaboration.

Forces

- Définition des indicateurs et élaboration des supports de collecte ;
- Publication régulière du bulletin statistique sur la femme et l'enfant ;
- Existence d'une base de données femme enfant ;
- Disponibilité du logiciel de comptabilité TOMPRO2.

Faiblesses

- Insuffisance dans le renforcement de capacités des agents ;
- Non fonctionnalité de certains services locaux de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ;
- Difficultés dans la collecte des données ;
- Inexistence de la base de données femme enfant aux niveaux régional et local ;
- Instabilité du personnel.

Opportunités

- Existence du DHIS2.

Menaces

- Insécurité dans certaines localités du pays.

5.3.3.4. Gestion financière et matérielle

L'allocation pour le fonctionnement du département en charge de la Promotion de la Femme n'a pas beaucoup évolué entre 2007 (0,30%) et 2017 (0,40%). En 2018 le budget du MPFEF a connu une progression de 0,10 point de pour cent représentant 0,50% du budget national.

La situation, ainsi décrite révèle une insuffisance notoire de ressources financières allouées pour une prise en charge correcte des problématiques liées à la promotion de la femme, de l'enfant, de la famille et au genre. Aussi, le MPFEF reste fortement dépendant des financements des partenaires techniques et financiers.

En matière de gestion du matériel et des infrastructures, toutes les structures nationales du département occupent des bâtiments publics à l'exception de la Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD), le PNVBG, le SP/PNG et la Plateforme multifonctionnelle.

La plus grande difficulté réside au niveau des services déconcentrés. En effet, la plupart des services locaux de Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ne dispose ni d'infrastructures ni d'équipements adéquats pour leur mission.

Selon l'inventaire, de 2018 de la Direction des Finances et du Matériel (DFM-MPFEF) seuls 38 véhicules sur les 107 que compte le parc auto sont en bon état ainsi que 39 motos sur les 178 du parc moto.

5.3.3.5. Décentralisation et de la déconcentration des ressources au sein du département

En matière de déconcentration, le département comprend 11 Directions Régionales de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 64 Services locaux de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 24 Centres d'autopromotion et 10 Maisons de la Femme et de l'Enfant. En outre, le Centre d'autopromotion de San est en chantier.

Dans le cadre de la décentralisation, le Décret N° 2015-0506/P-RM du 27 juillet 2015 détermine le détail des compétences à transférer de l'État aux Collectivités dans le domaine de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Le Plan d'Action Gouvernemental prévoit le transfert de 30% des ressources financières en 2018.

Forces

(i) Promotion de la Femme

- l'adoption de la loi N°2015-052 du 18 décembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l'accès aux fonctions nominatives et électives ;
- la disponibilité d'une stratégie nationale de communication sur les violences basées sur le genre ;

- la disponibilité d'une stratégie nationale pour mettre fin aux violences basées sur le genre ;
- la mise en place du programme d'appui à l'autonomisation des femmes dans la chaîne de valeur karité ;
- la mise en place des maisons digitales au niveau des maisons de la femme et de l'Enfant.

(ii) Promotion de l'Enfant et de la Famille

- l'existence d'un Code de la protection de l'enfant (Ordonnance N°02-062/O-RM) qui réunit l'ensemble "des règles destinées à assurer à l'enfant la protection nécessaire à son développement physique et intellectuel et à son insertion dans la société" ;
- l'existence du Centre d'Accueil et de Placement Familial (Ordonnance n° 90-037/P-RM du 5 juin 1990 portant création du CAPF) ;
- l'existence de 77 structures éducatives de protection ou de rééducation pour l'enfant :
 - Institutions Privées d'Accueil et de Placement pour Enfants-IPAPE-(décret n° 99-450 P-RM du 31 décembre 1999 fixant les conditions de création et déterminant les modalités de fonctionnement des IPAPE ;
 - Institutions Priées d'Accueil, d'Écoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants -IPAEOHE- (décret n° 02-67 P-RM du 12 février 2002 fixant les conditions de création et déterminant les modalités de fonctionnement des IPAEOHE ;
- l'existence d'un comité national d'action fonctionnel pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant (Décret N°99 99-157/PM PM-RM) ;
- l'existence de la Cellule Nationale de Lutte contre le Travail des Enfants (Arrêté n° 06 06-1940/MPFEF MPFEF-SG) ;
- l'existence du comité national de suivi des programmes de lutte contre la traite des enfants au Mali (Arrêté n° 06 06-1940/MPFEF MPFEF-SG) ;
- la disponibilité de la politique nationale de promotion et de protection de l'enfant et son plan d'action depuis 2014.
- l'existence d'un Code des Personnes et de la Famille (loi n°2011- 087 du 30 décembre 2011) dont l'ambition est de garantir sans distinction d'origine et de religion, les droits des individus et, en particulier, ceux de la femme et de l'enfant, à qui il veut assurer une protection juridique, au sein de la famille et de la société ;
- l'institutionnalisation de la célébration de la Journée Internationale de la Famille.

(iii) Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant.

- L'opérationnalisation du Fonds d'Appui à l'autonomisation de la Femme et l'Épanouissement de l'Enfant (FAFE) a été effective à travers l'octroi de prêts pour le financement des AGR et l'entrepreneuriat féminin ;
- la mise en place d'un fonds de garantie pour les prêts octroyés aux promotrices d'AGR qui n'ont pas accès au crédit bancaire ;
- la mise en place d'un fonds de garantie auprès d'une banque destinée à l'entrepreneuriat féminin.

(iv) Gouvernance : Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles

- la volonté politique de soutenir la protection et la promotion des cibles (Femme, Enfant et Famille) ;
- l'existence de plusieurs instruments d'intervention en faveur de la promotion des cibles : politiques, stratégies, plans d'action, projets, programmes, fonds d'appui, structures et mécanismes spécialisés d'appui et d'encadrement (CNDIFE, CADD, Maisons de la Femme et de l'Enfant, Cité des Enfants, CAPF) ;
- l'existence de services déconcentrés du MPFEF (Directions Régionales, Services Locaux, Centres d'Autopromotion) ;
- la stabilité du Ministère en charge de la Femme, de l'Enfant et de la famille dans l'architecture du Gouvernement depuis 1997 ;
- l'existence de cadre partenarial pour la mise en œuvre des programmes et des projets en faveur de la promotion de la femme, de l'enfant et la famille ;
- l'existence d'un système d'information sur la femme, l'enfant et la famille (SIFEF) ;
- la création et la fonctionnalité du comité de suivi et de coordination de la campagne de l'Union Africaine pour mettre fin à la pratique du mariage d'enfants ;
- la création et la fonctionnalité du Secrétariat Permanent de suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre (SP-PNG) ;
- la création d'une unité technique de gestion pour la mise en œuvre de la résolution 1325 ;
- la fonctionnalité du Conseil supérieur de la PNG.

Faiblesses

(i) Promotion de la Femme

- l'insuffisance de la maîtrise des concepts genre par les acteurs institutionnels ;
- l'absence de plan de communication pour la promotion de la femme ;
- l'insuffisance de véhicules pour assurer les missions de la DPNF ;
- l'insuffisance d'ordinateurs portables ;
- le manque de cadre de concertation avec les groupements féminins ;
- l'insuffisance de formations diplômantes et continues du personnel

(ii) Promotion de l'Enfant et de la Famille

- la non fonctionnalité du Conseil National de la Famille ;
- l'absence de plan de communication pour la promotion de l'enfant et de la famille ;
- l'absence de législation interdisant l'excision, le mariage forcé et précoce ;
- l'inadéquation des ressources (compétences/capacités, autorités) des acteurs en charge de la gestion des familles avec les nouveaux défis ;
- la non-opérationnalité des institutions et mécanismes sociaux et/ou communautaires de veille/contrôle et de règlement des questions relatives à la famille ;

- l'insuffisance de formations diplômantes et continues du personnel à tous les niveaux ;
 - l'inexistence de données fiables actualisées sur l'évolution de la famille malienne en tant que réalité sociale dynamique et évolutive.
- (iii) Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant.**
- l'insuffisance des ressources humaines de la Cellule Technique FAFE
 - le faible suivi des projets financés ;
 - l'insuffisance des ressources financières disponibles au regard de l'accroissement des demandes ;
 - la complexité des modalités de financement des projets ;
 - la faible expertise des femmes dans le montage des projets ;
 - l'insuffisance de financement des programmes de formation prévus sur le budget d'État.
- (iv) Gouvernance : Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles**
- le faible pourcentage dans la clé de répartition du budget du PRODESS (6%) ;
 - la faible appropriation des documents de politiques ;
 - l'insuffisance dans le système de suivi évaluation des politiques et programmes ;
 - la faible interaction entre les documents de politique du MPFEF caractérisée par une insuffisance de synergie entre les acteurs ;
 - l'absence de régulation des interventions de la Société Civile sur le terrain ;
 - l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité au niveau national, régional et surtout local ;
 - l'insuffisance de la logistique roulante, du matériel informatique et de l'équipement des bureaux et leur maintien à tous les niveaux ;
 - l'insuffisance dans la collecte, le traitement et l'analyse des données sur la situation des enfants, des femmes et des familles ;
 - l'inexistence de formation diplômante ;
 - la non fonctionnalité de plusieurs services locaux ;
 - l'insuffisance de formation continue des cadres ;
 - la faible synergie entre les acteurs (État, Société civile et Partenaires techniques et financiers).

Opportunités

- (i) Promotion de la Femme**
- l'existence du programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre ;
 - l'existence d'une cellule sectorielle de lutte contre le SIDA ;

- l'existence des maisons de la femme et de l'enfant dans huit (08) régions et le district de Bamako dotées d'espaces adéquats pour la sensibilisation sur la SR/PF et VBG ;
 - la mise en œuvre du plan d'action multisectoriel sur la nutrition 2017-2021
 - l'existence du modèle « RAPIDWOMEN » qui est un outil de plaidoyer à l'endroit des décideurs pour l'adoption des programmes et politiques pour la Planification Familiale (PF);
 - l'élaboration du modèle PF-ODD qui est un outil de plaidoyer à l'endroit des décideurs pour l'adoption des programmes et politiques pour la Planification Familiale (PF) dans le cadre de la mise en œuvre des ODD.
- (ii) Promotion de l'Enfant et de la Famille**
- la mise en œuvre du plan d'action multisectoriel sur la nutrition 2017-2021
 - la réalisation de l'étude d'évaluation de la portée et des effets de la crise sur la protection de l'enfant au Mali ;
 - l'existence de la circulaire interministérielle relative à la prévention, la protection et le retour en famille des enfants associés aux forces ou groupes armés ;
 - la disponibilité du rapport de l'étude sur l'analyse de l'accord pour la paix et la réconciliation au Mali issu du processus d'Alger sous le prisme de la protection de l'enfant ;
 - l'existence du manuel d'orientation sur le Désarmement Démobilisation et Réinsertion (DDR) ;
 - l'existence du protocole portant transfert des enfants associés aux forces ou groupes armés ;
 - l'existence du rapport d'évaluation de la portée et des effets de la crise sur la protection de l'enfance ;
 - l'existence du répertoire national des associations et groupements d'enfants et de jeunes ;
 - l'existence des standards minimums pour la protection de l'enfance contextualisé (guide du Mali) ;
 - l'existence du plan National pour l'Élimination du Travail des Enfants ;
 - la disponibilité du plan triennal de lutte contre la traite des personnes ;
 - l'élaboration des lignes directrices pour la gestion des cas au Mali ;
 - l'existence du manuel d'orientation pour la prise en charge des enfants associés aux forces ou groupes armés ;
 - l'élaboration en cours du sous-système d'information sur la protection de l'enfant (SIPRE).
- (iii) Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant.**
- l'existence du fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant ;

- l'existence du programme d'Appui à l'Autonomisation de la Femme dans la filière karité ;
 - l'existence du programme plateforme multifonctionnelle pour l'autonomisation de la femme.
- (iv) Gouvernance : Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles**
- la mise en œuvre du plan stratégique national de développement des ressources humaines du secteur 2018-2022 ;
 - la mise en œuvre du plan décennal de développement pour l'autonomisation de l'enfant, de la femme et de la famille (PDDAFEF) 2020 – 2029 ;
 - le basculement du budget en mode programme ;
 - le projet de loi sur la prévention, la gestion et la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre ;
 - la disponibilité du rapport de l'étude sur l'analyse de l'accord pour la paix et la réconciliation au Mali issu du processus d'Alger sous le prisme du genre ;
 - l'avant projet de loi relative à la protection de l'enfant ;
 - l'existence de la loi 2012-023 du 12 juillet 2012 relative à la lutte contre la traite des personnes et pratiques assimilées ;
 - l'existence du Programme de Développement Institutionnel (PDI) favorable au genre ;
 - l'intégration des données du SIFEF (MPFEF) dans la plateforme DHIS2 ;
 - l'existence de logiciel SIGRH du secteur.

Menaces

- la persistance de l'insécurité au nord et au centre du pays ;
- la non harmonisation de certaines dispositions des textes nationaux avec les conventions internationales ;
- l'influence des pesanteurs socio-culturelles sur l'effectivité des droits (politiques, économiques, sociaux et culturels) de la femme, de l'enfant et de la famille ;
- les dysfonctionnements familiaux ;
- l'antagonisme entre certains facteurs exogènes et nos réalités socioculturelles.

6. Les grandes réalisations du PRODESS III

6.1. Composante Santé

Tableau 13 : *Évolution des indicateurs du Cadre Commun du PRODESS 2014-2018*

INDICATEURS	INDICATEURS COMPOSANTE SANTE								Sources
	2014	2015	2016	2017	2018	Cible 2018			
1 Proportion de la population vivant à moins de 5km d'un CSCOM fonctionnel	56,00%	58,00%	58,00%	58,00%	57%	61,00%			SLIS
2 Taux de couverture vaccinale PENTA 3 des enfants de moins d'un an	99,00%	91,00%	94%	89%	95%	95,00%			SLIS
3 Taux d'accouchements assistés	59,00%	57,00%	57,00%	55,2%	58%	58,00%			SLIS
4 Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifiés	30,20%	30,30%	30,31%	32,08%	38,14%				SNIS
5 Taux de couverture en CPN recentrée (CPN4)	33,00%	33,00%	23,12%	21,32%	23,88%	65%			SLIS
6 Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	90,00%	87,00%	90%	87%	92%	95,00%			SLIS
7 Taux d'utilisation de la consultation curative	0,38	0,41	0,4	0,39	0,43	0,42			SNIS
8 Taux d'incidence du paludisme (simple et grave) dans les formations sanitaires	G: 46,28‰ / S:103,39‰	G:	G : 37,1‰	G : 46,1‰	G : 40,5‰				SLIS
		S: 55,34‰/S: 130,81‰	S : 85,9‰	S : 109,02‰	S : 84‰				
9 Taux de prévalence contraceptive	12,03%	13,17%	21%	20%	20,87%	15,00%			SLIS
10 Taux de détection de la tuberculose	58,00%	66,00%	67%	78%	67%				SLIS
11 Structures offrant les SONUC*	54	60	86	79	88				SLIS
12 Structures offrant les SONUB*	28	183	423	347	445				SLIS

INDICATEURS COMPOSANTE SANTE							
INDICATEURS	2014	2015	2016	2017	2018	Cible 2018	Sources
13 Taux de Mortalité intra hospitalière	11,20%	10,00%	11,40%	12,18%	11,43%		SIH
14 Proportion des patients admis sur référence/évacuation	27,00%	26,60%	29,50%	35,18%	31,4%		SIH
15 Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	Chir : 46,6% / Méd : 50,4%	Chir : 47,5% / Méd : 43,5%	Chir : 47,9% / Méd : 56,3%	Chir : 35,23% / Méd : 30,94%	Chir : 51,3% Méd : 50,6%		SIH
16 Ratios personnels soignants /habitants (personnel pour 10000 hbts)	4,07	4,3	5,2	6	6		SI-GRH
17 Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau CSCom	ND	ND	ND	ND	ND		SLIS
18 Disponibilité des médicaments du panier	91,00%	82,00%	88,00%	94,00%	81%	100%	DPM
19 Taux de réalisation de la césarienne	2,60%	2,50%	2,43%	2,73%	3,6%		SLIS
20 Proportion de nouveau-nées séropositives nées de mères séropositives sous ARV	92,80%	96,50%	98,70%	79,19%	99,92%		SLIS
21 Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	73,20%	78,70%	95,50%	98,30%	95,3%		SLIS
22 Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	4	4	4	4	4		SIH
23 Nombre de couples année protection (CAP)	494 724	551 445	1 229 871	1 269 525	899 768		SLIS
24 Proportion de couple année protection	ND	ND	ND	ND	ND		SLIS
25 % CSCom ayant reçu au moins deux supervisions intégrées	ND	ND	ND	ND	ND		SLIS/BILAN
26 Taux d'exécution du budget ordinaire de l'État alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs	ND	ND	ND	ND	ND		DFM
27 Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau							DPM
28 Coût moyen de l'ordonnance dans les CSRéf	2 650	2 647	2419	2601	4918	2000	DPM

INDICATEURS COMPOSANTE SANTE							
INDICATEURS	2014	2015	2016	2017	2018	Cible 2018	Sources
29	Coût moyen de l'ordonnance dans les CSCom	1430	1977	2176	2421	4144	DPM
30	Taux d'exécution budgétaire	99,00%	97,70%	99,40%	88,00%	98,56%	DFM
31	Part du Budget de la Santé dans le budget national	8,41%	5,99%	5,94%	6,22%	5,34	DFM
32	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT	ND	ND	ND	ND		DFM
33	% ress. récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1	6,70%	6,68%	7,07%	5,62%	8,35%	DFM
34	Taux de mortalité maternelle / 100000	368	368	368	368	325	EDS-M V et VI
35	Taux mortalité infanto-juvénile / 1000	95‰	95‰	95‰	95‰	101‰	EDS-M V et VI
36	Taux de mortalité infantile / 1000	56‰	56‰	56‰	56‰	54‰	EDS-M V et VI
37	Taux de mortalité néonatale / 1000	34‰	34‰	34‰	34‰	33‰	EDS-M V et VI
38	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	26,00%	26,00%	26,00%	26,00%	19%	EDS-M V et VI
39	Taux de prévalence du VIH/SIDA	1,10%	1,10%	1,10%	1,10%	NA	EDS-M V
40	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	21,4%	EDS-M V et VI

L'évolution de ces indicateurs confirme les constats de l'évaluation à mi-parcours du PRODESS III qui indiquent qu'il n'y a pas eu une amélioration substantielle du système de santé qui permettrait d'adresser les problèmes de santé. En effet selon cette évaluation :

- (i) la moitié (12) des cibles de résultats ne seront probablement pas atteintes en 2018. Ces cibles sont relatives aux consultations prénatales, troisième visite (CPN3); à la vaccination Penta-3 et VAR; à la prévalence contraceptive; à la couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km; au pourcentage d'ASACO présidées par des femmes; au coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM; à la densité populationnelle des médecins, sages-femmes, et infirmiers/assistants médicaux; à la part du budget du secteur socio-sanitaire dans le budget national; au taux de couverture des populations en mutuelles de santé, AMO et RAMED ;
- (ii) Quatre cibles ne seront presque certainement pas atteintes. Il s'agit de la mortalité infantile qui a augmenté ; de la mortalité infanto-juvénile qui est restée stationnaire ; de l'insuffisance pondérale qui n'a que marginalement diminué ; de la prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15-49 ans qui aurait augmenté selon les données de l'ONUSIDA. Pour cette cible, il est probable qu'elle ne sera pas atteinte d'autant plus que la situation sécuritaire est un facteur de risque réel.

Le constat se confirme pour deux des trois cibles pour lesquelles il n'existait pas de données au moment de l'évaluation à mi-parcours. Il s'agit de la mortalité néonatale et de la mortalité maternelle. Ces deux cibles ne seront certainement pas atteintes.

6.2. Composante Développement Social

Tableau 14 : Indicateurs du cadre commun de la composante sociale

N°	Indicateurs	2014	2015	2016	2017	2018	CIBLE 2018	SOURCE
1	Pourcentage de satisfaction en besoin d'appareillage	71,41%	60,19%	67,65%	39,71%	99,12%	79,90%	SISo
2	Pourcentage de prise en charge médicale des personnes démunies	62,01%	38,90%	41,31%	21,30%	20%	70%	SISo
3	Pourcentage de satisfaction des demandes des personnes âgées	77,96%	45,90%	75,69%	85,71	89,76%	80%	SISo
4	Pourcentage d'enfants en situation difficile scolarisés	60,36%	35,80%	61,08%	63,46	41,19%	100%	SISo
5	Pourcentage de satisfaction de demandes de secours	80,50%	85,63%	75,92%	85,1	89,10%	100%	SISo
6	Nombre d'enfants de pied-bot traités	16	790	600	723	606	700	SISo
7	Pourcentage des sociétés coopératives fonctionnelles	47,24%	88,74%	80%	87,87%	62,19%	50%	SISo
8	Nombre d'AGR financées à l'endroit des femmes seules chargées de familles	21	1 904	1 574	730	666	1720	SISo
9	Nombre d'associations appuyées	247	234	ND	ND	5 531	19916	SISo
10	Pourcentage d'ASACO fonctionnelles	89,88%	96,90%	83,60%	90,88%	88,98%	90%	SISo
11	Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé	4,47%	4,93%	4,95%	5,02%	6,25%	15%	SISo
12	Pourcentage de la population couverte par les mutuelles toutes prestations	4,94%	4,97%	4,99%	5,06%	6,52	15,10	SISo
13	Nombre de Mutuelles de santé agréées	174	163	136	173	197	220	SISo
14	% du budget du MSAH par rapport au budget national	ND	ND	ND	ND	ND	ND	SISo
15	Taux ressources financières transférées aux collectivités	ND	ND	ND	ND	ND	ND	SISo

Des goulots d'étranglement majeurs ont affecté l'efficacité du PRODESS III²². Ainsi, beaucoup de cibles n'ont pas été atteintes. Il est à noter, selon le Rapport à mi-parcours du PRODESS III que les valeurs des indicateurs peuvent différer selon les données d'année en année dans les annuaires statistiques, et même au sein d'un annuaire entre les résumés au début des annuaires et les tableaux dans le corps du texte. Nonobstant cette situation, la conception des indicateurs, voire les valeurs cibles à atteindre à l'issue des plans et programmes du Développement Social posent de sérieux problèmes. Ainsi, le « besoin d'appareillage » des personnes handicapées n'est pas explicite quand on sait que cette notion d'appareillages est une gamme de produits et services offerts aux personnes en situation de handicap (béquilles, prothèses, etc.).

Quant à l'indicateur, il est tout aussi inopérant dans la mesure où il est calculé comme une proportion qui retient comme dénominateur le nombre de demandes d'appareillage enregistrées par le Service local et comme numérateur le nombre de demandes « satisfaites » sur cet ensemble. Cette remarque est valable pour les autres indicateurs (« prise en charge médicale des personnes démunies », « satisfaction des demandes des personnes âgées », « enfants en situation difficile scolarisés », « demandes de secours », etc.) Toutes choses qui expliquent les écarts énormes, dans certains cas, entre les données sur deux années consécutives (exemple : pourcentage de satisfaction des besoins d'appareillage : de 39,71% en 2017 à 99,12% en 2018). Le PRODESS III avait formulé, à la suite du Commissariat au Développement Institutionnel (CDI), « cette absence de statistiques fiables. Ce qui explique les difficultés de collecte de certains indicateurs par manque de base de référence ²³ ».

²² Ibid. Rapport à mi-parcours du PRODESS III P95-96

²³ Secrétariat Permanent du PRODESS – CPSS-SDSPF, version finale, PRODESS III, 2014, Bamako, P 25, Synthèse de l'Audit organisationnel des services de treize départements ministériels, CDI, Nov. 2008

6.3. Composante Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

Tableau 15 : Indicateurs du cadre commun de la composante Promotion de la Femme

N°	Indicateurs	2014	2015	2016	2017	2018	CIBLE 2018	SOURCE
1	Pourcentage d'enfants victimes de traite rapatriés et réinsérés	59	152	82	72	134	100%	DNPEF
2	Pourcentage de femmes dans les postes nominatifs	15,14	15	5	22	22	30 %	CNDIFE
3	Nombre femmes/filles victimes de complication liées à l'excision prises en charge	1080	926	2417	1371	5790	57000	CNDIFE
4	Femmes (15-49) ans informées et sensibilisées sur l'importance de la CPN	1900	39273	4500	4500	4950	305000	Bilan c
5	Femmes de 15-49 ans sensibilisées sur la PF	93041	1350	48545	3000	158862	60000	Bilan c
6	Adolescents (14-18 ans) sensibilisés sur la PF	22350	3074	24217	8486	200	17000	Bilan c
7	Femmes (15-49) ans ayant bénéficié de la DBC dans les Centres d'autopromotion et maison de la femme	532	350	12150	10000	24308	50000	Bilan c
8	Convention d'abandon de la pratique de l'excision signée	81	33	155	77	90	700	Bilan C
9	Comités de lutte contre les pratiques néfastes fonctionnelles	1277	95	190	145	44	2000	Bilan c
10	Adolescentes (14-18 ans) informées et sensibilisées sur les méfaits du mariage précoce	42749	2198	34592	6486	0	89000	Bilan c
11	Proportion de structures de surveillance communautaires fonctionnelles	49,43%	45,61%	52,63%	47,95%	0	100	DNPEF

N°	Indicateurs	2014	2015	2016	2017	2018	CIBLE 2018	SOURCE
12	Enfants (filles et garçons) victimes de violences et/ou d'exploitation sexuelle	33865	1370	2069	317	0	49000	Bilan c
13	Proportion de comité local pour l'abandon des pratiques néfastes	35,96%	73,13%	76,36%	%	%	100	Bilan c
14	Nombre de complications liées à l'excision (0-45 ans) pris en charge	1080	926	2417	1371	5790	12000	CNDIFE
15	Proportion de comité de surveillance communautaire fonctionnelle contre l'exode précoce des enfants	49,43%	45,61%	52,63%	47,95%	0	100	DNPEF
16	Enfants abandonnés/trouvés par sexe pris en charge	M : 205	136	166	192	233	1000/1000	Bilan c
		F : 310	173	158	188	188		

6.4. Résumés des grandes réalisations par composante

6.4.1. Composante Santé

Il ressort de l'évolution des indicateurs du Cadre Commun du PRODESS que les cibles n'ont pas pu être atteintes dans beaucoup de domaines. Des efforts soutenus doivent être déployés à tous les niveaux et dans tous les domaines couverts par le PRODESS si le pays veut être au rendez-vous de 2030 pour l'atteinte des ODD. Cependant, le PRODESS III (2014 - 2018) a fait de grandes réalisations dont les principales sont entre autres :

La lutte contre la maladie de manière efficace, malgré la crise politico sociale, en :

(i) maintenant la couverture vaccinale à un niveau satisfaisant tout en introduisant le vaccin MenAfrivac dans le PEV de routine en février 2017 ;

(ii) améliorant le fonctionnement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires notamment le paludisme avec la mise à échelle de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois (CPS) dans tous les districts sanitaires du pays ; le VIH/SIDA un taux de prévalence maintenu autour de 1,1% et en une proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV passant de 73% à 95%, la tuberculose avec un meilleur taux de détection qui est passé de 58% à 67% entre 2014 et 2018, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées avec une attention politique plus accrue, etc. ;

(iii) assurant la prévention et la riposte aux épidémies dans le cadre de laquelle un Département des Opérations d'Urgence de Santé Publique a été créé au niveau du CNAM ; etc.

Le renforcement de Santé de la Reproduction, avec un taux de prévalence contraceptive qui est passée de 12% à 20%, dépassant même la cible attendue en 2018 ; une augmentation du nombre de structures offrant les SONUC et les SONUB, respectivement de 54 à 88 et de 28 à 445.

L'amélioration de la couverture sanitaire en services de santé de meilleure qualité avec l'érection des hôpitaux régionaux en EPA, la transformation des CSREF en hôpitaux de District de santé et la médicalisation de plusieurs CSCom.

Le renforcement du système d'information sanitaire à travers la mise en place d'un Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Social et du DHIS2 dont le lancement officiel a eu lieu le 30 juin 2017 sous la coprésidence des Ministres du MSHP et du MPFEF.

L'amélioration de la disponibilité des médicaments et produits pharmaceutiques à travers : (i) la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale et du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiel pour faire passer le taux de rupture des stocks de 9% à 6% de 2014 à 2017 ; (ii) le renforcement de la collecte de sang en faisant passer le nombre de dons de 63.761 en 2014 à 66.973 en 2017 ; (iii) la mise en place du logiciel de suivi des produits de santé (OSPSANTE) et le logiciel Channel pour la gestion de stocks dans les dépôts répartiteurs de cercle.

Le développement des ressources humaines avec l'adoption d'une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé et le recrutement des agents de santé faisant passer ainsi le ratio de professionnels de santé pour 10.000 habitants de 4 à 6,5 entre 2014 et 2018.

L'amélioration du cadre de financement de la santé pour la CSU avec : (i) l'adoption de la Stratégie Nationale de financement de la santé pour la Couverture Sanitaire Universelle, 2014-2023 ; (ii) l'adoption par l'Assemblée Nationale du projet de loi portant institution du RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle); (iii) l'érection du Centre d'Appui aux Mutuelles, Associations et Sociétés Coopératives (CAMASC) en Centre National d'Appui à la Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire (CNAPESS), établissement Public à Caractère Scientifique et Technologique (EPST) doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion ; (iv) l'adoption du Décret 2017-0396/P-RM du 03 mai 2017, portant modification du Décret 2009-555/P-RM du 12 octobre 2009, fixant les modalités d'application de la loi portant institution du RAMED ; (v) la création de l'Agence de Gestion de la Mutualité Sociale (AMAMUS) ; (vi) l'adoption du Décret 2017-0397/P-RM du 03 mai 2017, portant modification du Décret 2011-723/P-RM du 02 novembre 2011, fixant les conditions et modalités de bénéfice du RAMED ; (vii) la signature de la subvention du Fonds Mondial pour la lutte contre la tuberculose et le VIH ; et (viii) l'adhésion du Mali au nouveau mécanisme de financement mondial de la santé (GFF) en juin 2018

Le renforcement de la Gouvernance du secteur à travers : (i) la transformation de la DNS en DGSHP (adoption des textes de création de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique et intégration du développement social au Ministère de la santé ; (ii) la mise en place effective des services régionaux des secteurs santé, développement social et promotion de la famille au niveau des nouvelles régions de Ménaka et de Taoudenit en 2016 et la construction des nouveaux locaux des Directions Régionales de la Santé de Kayes, Mopti, Ségou et Sikasso ; (iii) l'entame de la séparation des fonctions de santé publique et de soins curatifs au niveau du district sanitaire (loi adoptée) ; (iv) l'adoption du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) répondant aux ambitions des trois départements pour faciliter la mobilisation et la coordination des ressources internes et externes et sa mise en place en 2014-2018 avec des enveloppes annuelles globales et leur niveau par tête d'habitant ainsi qu'une analyse détaillée par objectif stratégique.

6.4.2. Composante Développement Social

Les grandes réalisations dans la composante Développement Social restent mitigées. Cet état de fait s'explique par des pesanteurs qui ont été pointées par l'Évaluation à mi-parcours du PRODESS III²⁴. En effet il y est clairement énoncé que « des goulots d'étranglement majeurs affectent l'efficacité du PRODESS. En particulier, le manque de ressources humaines de qualité et motivées, leur distribution inéquitable, les problèmes de sécurité au Nord, la défaillance du leadership national au niveau du secteur, le sous-financement du secteur, et les faiblesses de l'offre et de la demande des services de santé, contribuent à ce que de nombreuses cibles ne soient pas atteintes ». Toute chose qui demeure d'actualité pour l'ensemble du secteur mais surtout prononcé dans le domaine du Développement Social.

¹ Rapport final, Ambassade du Royaume des Pays-Bas, Evaluation à mi-parcours du Programme de Développement Socio-Sanitaire (2014-2018) PRODESS III, Rotterdam, 28 juillet 2017, P

➤ **Administration générale, coordination et décentralisation :**

En matière de financement, les institutions de Sécurité sociale (Institut National de Prévoyance Sociale, la Caisse Malienne de Sécurité Sociale, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Agence Nationale d'Assistance Médicale) constituent le principal acteur du financement du Développement social. Ainsi le montant total cumulé sur les cinq années est de 1 258 642 163 F CFA avec les ISS mais de 259 164 270 F CFA sans ces institutions. Ce qui nous permet de relever que les recouvrements des institutions de sécurité sociale dans le montant total du budget donnent l'illusion d'un financement important du Développement Social. La réalité est bien différente, le Ministère rencontre des difficultés de financement tant au niveau de l'État qu'au niveau des partenaires.

Dans le cadre de la gestion des ressources humaines, il faut retenir que le Ministère de la Solidarité ne dispose ni d'un plan de carrière des fonctionnaires et ni d'une ligne de crédit de formations diplômantes ou de formation continue pour ses agents. Quant au recrutement de nouveaux agents, il n'y a quasiment plus d'arrivée importante du personnel au sein du département depuis plus de trois ans.

Dans le domaine de la décentralisation et de la déconcentration, le transfert des compétences de l'État aux collectivités en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire est en cours de mise en œuvre et celui relatif aux ressources est encore dans le circuit du budget de l'État.

Dans le domaine de la coopération et du partenariat, des accords et conventions ont été signés entre la DNPS-ES et la DNDS notamment avec de nombreux partenaires techniques et financiers couvrant des domaines divers (des études et recherches à l'assistance technique).

➤ **Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS III, des actions significatives ont été menées pour la promotion des groupes cibles. Par exemple une bonne coordination dans la mise en œuvre du plan d'action des inondations et autres catastrophes avec d'autres acteurs clés notamment le Ministère en charge de la protection civile et des clusters a permis une prise en charge correcte des victimes.

➤ **Protection sociale et économie solidaire**

En matière de protection sociale et d'économie sociale et solidaire :

De très gros efforts ont été déployés par l'État, les PTF, les CT et surtout les ménages pour assurer la promotion de la Protection sociale et le développement des OESS. Par ailleurs il faut retenir entre autres dans le cadre de l'économie solidaire, la tenue à Bamako de la quatrième rencontre

internationale du Réseau Africain de l'Économie Sociale et Solidaire en 2016 et la validation du guide d'opérationnalisation de l'Acte Uniforme de l'OHADA relatif au droit des sociétés coopératives.

➤ **Lutte contre la pauvreté**

En matière d'études et recherches sur la pauvreté, l'Observatoire du Développement Humain Durable et de Lutte Contre la Pauvreté (ODHD/LCP) a réalisé un certain nombre d'études grâce à l'appui du gouvernement et des partenaires techniques et financiers.

Le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) a réalisé des infrastructures communautaires notamment des salles de classe, des centres de santé. De même que le Projet d'Appui aux Communes Urbaines du Mali (PACUM) a réalisé aussi des infrastructures productives.

➤ **Les défis persistants de la composante :**

Le premier grand défi est de faire évoluer les pratiques vers une approche holistique en ayant comme vision que l'objectif ultime de la santé est le bien-être complet de l'individu. Ce défi répond pleinement au concept de **Promotion de la santé** en tant que « *fonction essentielle et stratégie de la santé publique, en la positionnant dans un monde globalisé* »²⁵ mais aussi, il fait écho au nouveau rapport conjoint²⁶ de l'OCDE, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Groupe de la Banque mondiale, qui retient qu'« il serait souhaitable de donner aux citoyens les moyens et les informations nécessaires pour prendre eux-mêmes une part active aux décisions en matière de santé et à l'élaboration de nouveaux modèles d'organisation qui répondent aux besoins de leurs collectivités locales. » En allant plus loin, le Docteur Nafis SADIK, Directrice exécutive du Fonds des Nations Unies pour la Population, (FNUAP) relève que « l'expérience montre qu'en satisfaisant les droits, les besoins et les aspirations de l'individu, on facilite, la réalisation des grands objectifs nationaux et des impératifs mondiaux.²⁷ ». Toute chose qui préfigurerait déjà la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) au niveau le plus proche des populations bénéficiaires des actions ciblées. La stratégie idoine pour planifier les interventions dans le cadre socio-sanitaire en visant la satisfaction des droits, des besoins et des aspirations de l'individu et du groupe est entre autres **l'Approche Communautaire** qui est la mise en œuvre d'une série d'étapes impliquant de manière étroite les populations dans le diagnostic, l'identification, la programmation, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des actions à mener au niveau de la communauté tout en définissant les responsabilités des différentes parties prenantes dans le cadre d'un partenariat transparent et fécond.

➤ **Les autres défis persistants se résument à :**

- l'insuffisance dans la collaboration inter et intra sectorielle ;
- les difficultés de capitalisation des données sociales produites par les différentes associations ou organisations intervenant dans le domaine de la Protection Sociale ;

²⁵ OMS, Promotion de la santé : *Réalisations et leçons apprises depuis la charte d'Ottawa jusqu'à la charte de Bangkok*, 138e Session du Comité Exécutif, 19-23 juin 2006, Washington, D.C., ÉUA.

²⁶ Rapport conjoint, OCDE, OMS, Groupe BM, Communiqué de presse N° : 2019/001/HNP, 2019 ;

²⁷ Rapport Annuel, le FNUAP et la santé des adolescents en matière de reproduction, FNUAP 1999, P2.

- l'insuffisance d'études préalables pour comprendre les phénomènes sociaux et suivre leur évolution dans le temps et dans l'espace (les différents mécanismes d'exclusion sociale, la mendicité, la grande délinquance juvénile, etc.);
- la faible coordination des actions des intervenants dans le domaine de l'Aide et de l'Action Sociale (Associations, Fondations, Groupements, ONG...);
- la faible prise en compte de la dimension Développement Social dans les politiques et programmes de décentralisation ;
- le manque de données de base (valeurs cibles ou valeurs de références) au niveau national sur les groupes cibles de la composante et le manque de clarification de leurs définitions opérationnelles ;
- l'absence d'une base de données unifiée prenant en compte toutes les bases existantes;
- l'absence de normes et procédures pour les enquêtes CAP dans le domaine de l'IEC ;
- l'insuffisance de personnel qualifié et en nombre à tous les niveaux ;
- l'absence de stratégies de formation continue des agents du DS en matière d'Approche communautaire, de Communication pour le Développement, d'IEC et d'enquête sociale ;
- le manque d'infrastructures adéquates au niveau local et régional ;
- l'insuffisance d'équipements (bureautique et informatique) et de logistiques ;
- la lutte contre la persistance de la mendicité sous sa forme ostentatoire;
- l'insuffisance/absence de services sociaux spécialisés (scolaire, universitaire, pénitentiaire, consulaire ou d'ambassade, hospitalier...).

6.4.3. Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

Les actions importantes réalisées par le MPFEF à travers la mise en œuvre des différents programmes pendant la période du PRODESS III peuvent être résumés comme suit :

- le plaidoyer, Communication pour le Changement du Comportement (CCC) ; Information Éducation et communication (IEC) ;
- l'identification, Orientation et Prise en charge (Médicale et psychologique) des victimes des VBG ;
- le rapatriement et réinsertion des enfants victimes de traite et ceux associés aux forces et aux groupes armés ;
- le financement des programmes/Projets pour AGR, entrepreneuriat féminin, Équipement de transformation, etc. ;
- le renforcement de capacités des femmes en genre, leadership et citoyenneté ;
- le partenariat avec les PTF pour l'accompagnement des politiques et leurs plans d'actions ;
- la disponibilité des supports de collecte et de rapportage des données sur la femme, l'enfant et la famille.

Les défis persistants de la composante

- la collecte régulière des données à tous les niveaux ;
- l'opérationnalisation du DHIS2/ SIFEF.

7. Objectifs et Résultats Stratégiques du PRODESS IV

Le PRODESS IV (2020-2023) est le deuxième programme de mise en œuvre du PDDSS 2014-2023. Il doit par conséquent être aligné aux objectifs et résultats stratégiques de ce dernier. Entre temps, le pays a adopté l'approche « budget programme » pour l'organisation et la mise en œuvre des programmes nationaux. Pour harmoniser le PRODESS IV aussi bien avec le PDDSS que le Budget Programme, les Objectifs et résultats stratégiques ont été organisés suivant les lignes budgétaires du Budget programme pour chaque composante. Chaque composante prend en compte les OS et RS qui relèvent de son domaine d'intervention. De plus, un même OS ou un même RS peut se retrouver au niveau de deux ou des trois composantes pour les interventions qui doivent être réalisées par les différentes composantes. Il en résulte que les OS et RS se répètent souvent au sein de la même composante ou au sein du même Programme du Budget programme.

7.1. Composante Santé

(i) Administration, coordination et décentralisation, ressources humaines, financement et Système d'information sanitaire

OS 8. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable

- RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.
- RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées
- RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

- RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.
- RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée
- RS-9.3. L'aide sociale est renforcée
- RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.
- RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

OS 10. Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire

- RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et sociale est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.
- RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données.
- RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

OS 11. Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre

- RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.
- RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du développement sanitaire et social assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue.
- RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés.
- RS-11.4. La gouvernance des CSCOM est renforcée
- RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.
- RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.
- RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.
- RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.

(ii) Soins de santé primaires et lutte contre la maladie

OS 1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

- RS-1.1. Le paquet de Soins Prénataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires ;
- RS-1.2. Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé ;
- RS-1.3. La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR ;
- RS-1.4. Les violences faites aux femmes et aux enfants (filles et garçons) sont abandonnées ;
- RS-1.5. La prévention de la malnutrition est assurée de manière efficace. L'insuffisance pondérale ;

- RS-1.6. La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace ;
- RS-1.7. La prévention des carences en micronutriments est assurée de manière plus efficace ;
- RS-1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle est fonctionnel ;
- RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire ;
- RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées.

OS 2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles

- RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali ;
- RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali ;
- RS-2.3. La tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali ;
- RS-2.4. Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées ;
- RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.

OS 3. Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles

- RS-3.1. La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace ;
- RS-3.2. La coordination et l'intégration des programmes de la lutte contre les maladies sont améliorées pour une meilleure efficacité et efficience.

OS 4. Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé

- RS-4.1. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace ;
- RS-4.2. L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace ;
- RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés ;
- RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées.

OS 5. Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique

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

OS 6. Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

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

- RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée ;
- RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée.

(iii) Disponibilité des Médicaments, Vaccins et Consommables et Accessibilité Financière aux Soins de Santé et Participation

OS 7. Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins

- RS-7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées ;
- RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées ;
- RS-7.3. Les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés ;
- RS-7.4. Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé ;
- RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée ;
- RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée ;
- RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux ;
- RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises ;
- RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.

(iv) Soins hospitaliers et recherche

OS 6. Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations

- RS-6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients ;
- RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée ;
- RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace ;
- RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche ;
- RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises ;
- RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel ;

- RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées ;
- RS-6.12. Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate.

7.2. Composante Développement Social

(i) Administration générale, coordination, décentralisation

OS 8 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable (Assurer la gestion efficace et efficiente des ressources humaines, financière et matérielle du département)

- RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes ;
- RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées ;
- RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

- RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités ;
- RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.

OS 10 : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sociales fiables ventilées par sexe et par âge à jour à partir des déterminants sociaux

- RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et sociale est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces ;
- RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données ;
- RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

OS 11 : Assurer une gouvernance du système de développement social et de l'économie solidaire permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle

- RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé ;
- RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan social assurant l'ancrage solide de l'approche basée sur les résultats est promue ;
- RS-11.3. La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés ;
- RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée ;
- RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.

(ii) Renforcement de la Solidarité et de la Lutte Contre l'Exclusion

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

- RS-9.3. L'aide sociale est renforcée.

(iii) Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire

OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (*Contribuer à assurer une meilleure couverture des prestations sociales*)

- RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté ;
- RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

(iv) Lutte Contre la Pauvreté

OS 9 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Réduire la pauvreté des groupes vulnérables dans les communautés rurales et urbaines)

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

7.3. Promotion de la Femme, de l'enfant et de la famille

(i) Administration, coordination et décentralisation

OS 8. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable

- RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes ;
- RS-8.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées ;
- RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme.

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

- RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités ;
- RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée.

OS 10. Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire

- RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et sociale est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces ;
- RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données ;
- RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées.

(ii) Promotion de la Femme

OS 1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

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

OS 11. Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre

- RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active ;
- RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.

(iii) Promotion de l'enfant et de la famille

OS 1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

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

(iv) Fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant (FAFE)

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces

- RS-9.3. L'aide sociale est renforcée ;
- RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté ;
- RS-9.5. Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes.

8. Interventions prioritaires par composante

8.1. Composante Santé

8.1.1. Soins de Santé primaires et lutte contre la maladie

8.1.1.1. Lutte contre la maladie

(i) Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA et Hépatites

- le renforcement de la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH, les hépatites. Il s'agira d'intensifier la prévention à travers la sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA, la Chimio Prévention du Paludisme saisonnier (CPS), la promotion et l'utilisation des MILD, la pulvérisation intra domiciliaire, le dépistage précoce, la prise en charge curative et le suivi des cas ;
- le renforcement de l'implication des tradipraticiens dans la lutte contre le paludisme, la tuberculose, les hépatites et le VIH/SIDA.

(ii) Maladies transmissibles

- le renforcement de la couverture vaccinale (penta-3, rougeole et VAR) par la mise en œuvre des stratégies fixes, avancées et mobiles et le renforcement de la chaîne de froid ;

- le renforcement de de surveillance épidémiologique et la riposte aux épidémies et catastrophes à travers la dynamisation des comités locaux de lutte contre les épidémies, le pré positionnement des intrants de lutte, le dépistage précoce, la notification et la prise en charge des cas.

(iii) Maladies non transmissibles (MNT)

- la prévention s'articulera autour de la communication pour le changement social et de comportement et la mobilisation sociale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la prise en charge des cas portera sur le renforcement des compétences, la formation du personnel à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur les MNT, la formation des membres des organisations de la société civile, l'intégration des MNT dans les curricula des institutions de formation, le recrutement de personnel additionnel, le renforcement des moyens de diagnostic, thérapeutique et de réhabilitation, le développement et/ou réhabilitation des infrastructures, le renforcement des équipements des établissements de santé, la mise à disposition des médicaments spécifiques y compris les médicaments traditionnels améliorés et leur intégration dans le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDADME) et l'élaboration et la dissémination de guides et de modules standards ;
- la recherche permettra de disposer des données permettant de mettre en œuvre des interventions efficaces de santé publique dans le but d'améliorer la prévention et la prise en charge des MNT prioritaires au Mali. La promotion de la recherche sera soutenue, en particulier dans le but d'obtenir des données robustes et pertinentes sur la prévalence et l'incidence des MNT prioritaires au Mali et de leurs facteurs de risque. Elle permettra également de favoriser la recherche sur les médicaments traditionnels améliorés et sur des thèmes permettant d'acquérir de nouvelles connaissances sur les MNT ;
- le renforcement du partenariat et de la coordination est réalisé à travers un cadre de concertation de tous les acteurs de la lutte contre les MNT et la mobilisation des ressources financières ;
- la surveillance est réalisée à travers l'intégration des données relatives aux MNT dans le SNISS ce qui permettra de surveiller les tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité dues auxdites maladies, la désignation des points focaux régionaux et locaux pour la surveillance.

(iv) Maladies tropicales négligées (MTN)

- le renforcement de l'identification et de la prise en charge des complications des MTN ;
- l'intensification du traitement de masse contre les MTN (l'onchocercose et les schistosomias) dans les districts endémiques.

(v) Prévention et gestion des situations d'urgence et de catastrophe (conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits)

- la création d'une structure chargée de la veille sanitaire et de coordination au niveau national, évoluant en concertation avec les structures équivalentes de l'OOAS/CRSCM et de l'OMS ;
- la certification des établissements de santé à la lutte contre les épidémies et catastrophes ;
- le renforcement de la collaboration entre les hôpitaux et les autres établissements de santé y compris le privé ;
- la poursuite de la mise en œuvre du programme d'épidémiologie de terrain (FETP) ;
- le renforcement de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte ;
- le renforcement du Dispositif d'Opération d'Urgence-Santé Publique (DOU-SP).

8.1.1.2. Soins de santé primaires

(i) Santé de la reproduction et Planification familiale

- l'amélioration de l'offre de services SRMNIA-Nut qui consistera à améliorer l'accessibilité géographique, la disponibilité des ressources humaines et des intrants ;
- la création de la demande de services qui se focalisera sur l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle ;
- l'amélioration de l'utilisation des services qui vise à améliorer l'utilisation initiale et continue des services ;
- l'amélioration de la qualité des services à travers le respect des normes et procédures de dispensation des soins et services et la satisfaction des utilisateurs ;
- le renforcement de la prévention et de la prise en charge de la fistule obstétricale à travers la sensibilisation, l'identification des femmes victimes et la promotion de la prise en charge gratuite ;
- le renforcement de la planification familiale avec comme cadre de référence la seconde génération de Plan d'Actions National Budgétisé PF 2019-2023 (PANB/PF) qui est utilisé pour la mise en œuvre et la coordination de toutes les interventions en matière de PF.

(ii) Prestations de soins et services de santé

- le renforcement de la stratégie des Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) ;
- les prestations de soins (offre et demande de soins de qualité) : CSCOM, HD, HR et HN ;
- le renforcement de la couverture géographique des localités (structure de santé, équipes mobiles polyvalentes) ;
- l'amélioration de la qualité des soins (accréditation, Financement Basé sur les Résultats, collaboratif d'amélioration de la qualité) ;
- la poursuite de la médicalisation des CSCOM ;
- le renforcement de l'équipe technique du CSCOM (1 médecin, 2 infirmiers, 1 sage-femme ou IO ; 1 technicien de labo ; 1 matrone, 1 gérant pharmacie qualifié, 1 aide-soignant et 1 gardien/manœuvre) ;
- le renforcement du plateau technique des CSCOM médicalisés ;
- la prise en compte de l'approche One Health dans les différentes programmations ;

- le renforcement de la télésanté et de l'informatique médicale ;
- le renforcement de l'encadrement des maternités rurales existantes ;
- l'expérimentation de l'Initiative « Centre de Vie Communautaire ».

(ii) Santé et environnement

- le renforcement du cadre institutionnel, législatif et réglementaire en matière de santé et environnement pour pallier à l'absence de textes juridiques spécifiques régissant le lien santé et environnement ;
- l'organisation de séance de sensibilisation sur le lien santé et environnement en direction de la population et des décideurs en développant des supports éducatifs en matière de prévention des maladies d'origine hydrique ;
- le renforcement de la surveillance et de l'évaluation environnementale à travers la réalisation d'études ;
- le renforcement des capacités des principaux acteurs par la formation ;
- la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration de Libreville par la mise en place de mécanismes pérennes de financement.

(iii) Médecine traditionnelle

- la mise en place d'un cadre de concertation et de suivi évaluation de tous les intervenants (DGSHP, INSP, DMT, FEMATH, GP/SP, FENASCOM et partenaires) ;
- l'organisation de la référence entre la Médecine Traditionnelle et la Médecine conventionnelle pour la prise en charge des maladies prioritaires (tuberculose, paludisme, VIH/SIDA, etc.) ;
- l'expérimentation de la prise en compte des activités de la Médecine Traditionnelle dans le SLIS ;
- la documentation de bonnes pratiques en Médecine traditionnelle et des collaborations réussies ;
- le renforcement de la production et de l'utilisation des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) dans la lutte contre la maladie.

8.1.2. Disponibilité des Médicaments, Vaccins, Consommables, Produits sanguins et Accessibilité Financière aux Soins de Santé.

- le renforcement de la disponibilité permanente de stocks de produits de santé de qualité par l'approvisionnement et la distribution à temps des médicaments essentiels, dispositifs médicaux et réactifs d'analyses biomédicales (mise en place de l'Unité de Gestion Logistique (UGL) ;
- le renforcement de la gouvernance pharmaceutique à travers le respect du SDADME, l'amélioration des capacités de stockage de la PPM au niveau régional ;
- le renforcement de la prescription rationnelle des médicaments ;
- le renforcement du système d'assurance qualité des médicaments et autres produits du domaine pharmaceutique y compris les réactifs et dispositifs médicaux ;
- le renforcement du partenariat public-privé du secteur pharmaceutique ;
- la promotion de la production locale des Médicaments de qualité ;

- le renforcement du suivi de la disponibilité, de l'accessibilité financière et géographique des médicaments, vaccins et réactifs d'analyse biomédicale ;
- la poursuite de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- la construction du CNTS et des Unités de Transfusion Sanguine ;
- le renforcement des capacités des structures transfusionnelles en équipements de collecte, de préparation, de qualification biologique, de conservation et de distribution du sang et des produits sanguins ;
- la promotion du don volontaire et bénévole du sang.

8.1.3. Gouvernance (Administration, coordination et décentralisation), Ressources Humaines, Financements de la santé et Système d'Information Sanitaire.

(i) Administration, coordination et décentralisation

- le renforcement de la régulation du système de santé ;
- le réalisation d'infrastructures pour abriter les structures centrales qui sont dans des locaux en bail dont la CPS/SSDSPF et la DRH/SSDS ;
- la réorganisation des programmes nationaux d'action sanitaire ;
- l'amélioration de la gestion des établissements de santé ;
- le renforcement de la contractualisation pour la mise en œuvre des programmes nationaux dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;
- le renforcement de la communication institutionnelle ;
- le renforcement de la communication pour le développement notamment, le changement social et de comportement ;
- l'élaboration et adoption des textes de création de certaines structures ;
- l'élaboration de textes de restructuration des structures ;
- le renforcement de la coordination, du pilotage et suivi-évaluation du PRODESS avec un accent sur le leadership et la réappropriation du PRODESS par les trois départements ;
- le renforcement des capacités de gestion des ASACO avec l'accent sur la redevabilité ;
- le renforcement de capacité des comptables sur les outils de gestion du PRODESS (TOMPRO2, outil de comptabilité matière) ;
- la création d'un système d'archivage numérique et de documentation aux différents niveaux (district, région, central) ;
- le renforcement des capacités des acteurs (élus, responsables des services techniques, ONG, membres des ASACO, la tutelle) sur les textes législatifs et réglementaires dans le cadre de la réforme du système de santé ;
- le renforcement du partenariat public privé ;
- le renforcement du mécanisme de suivi /évaluation de l'utilisation des ressources financières transférées aux collectivités.

(ii) Ressources humaines

- le renforcement de la disponibilité de ressources humaines qualifiées, motivées et compétentes sur la base des évidences factuelles concernant les besoins et l'équité ;
- le renforcement de la collaboration intersectorielle notamment dans le domaine de la formation initiale et spécialisée avec les ministères concernés ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership pour les ressources humaines ;
- le renforcement de la gestion prévisionnelle des ressources humaines ;
- le renforcement du système d'information et de recherche action sur les ressources humaines ;
- l'accroissement des investissements sur les ressources humaines ;
- le suivi de l'application de la convention hospitalo-universitaire ;
- le renforcement du cadre de dialogue social entre les travailleurs et l'administration au sein des structures de santé ;
- la révision des cadres organiques à tous les niveaux ;
- la relecture et l'application des lettres circulaires N° 1008/MSP.AS. CAF du 16 septembre 1982 et N° 85- 449/ MSP.AS. CAF du 20 mars 1985 relative à la répartition des ristournes dans les formations sanitaires ;
- la dynamisation du cadre de concertation (comité de dialogue) avec le secteur privé ;
- l'application d'un plan de carrière des agents.

(iii) Financement de la santé

- la mise en place d'un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs, d'efficience et d'équité ;
- l'augmentation du niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé (de 4,2% en 2018 à 15% en 2023) ;
- la mobilisation des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle ;
- l'augmentation du volume des financements extérieurs prévisibles et maîtrisables ;
- le développement, certification et mise en place de modalités de tarification adéquates ;
- l'intégration progressive des gratuités à l'Assurance Maladie Universelle ;
- la mise en place d'un dispositif de gestion stratégique de l'information financière ;
- l'amélioration de l'efficience dans la gestion des financements ;
- la réalisation d'audits financiers et de gestions au niveau de toutes les structures impliquées dans la gestion financière ;
- le renforcement de la redevabilité ;
- la promotion des systèmes de financements innovants (financement alternatif : taxe sur les téléphones mobiles, ou transferts monétaires internationaux, taxes sur les produits importés qui nuisent la santé, alcool, tabac, contributions spécifiques de certaines entreprises etc.) ;

- la levée des barrières financières pour les couches vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées de 70 ans et plus, premiers soins d'urgence et victimes de violences basées sur le genre) par la gratuité des soins (consultations prénatales, accouchements assistés, consultations post natales, vaccination, soins curatifs et préventifs, planification familiale et dialyse) ;
- la création de fonds communs au niveau national et régional pour assurer le paiement des résultats dans le cadre de la mise en œuvre du FBR.

(iv) Système d'information sanitaire

- l'amélioration de la gestion des données à travers le DHIS2 avec un accent sur le paramétrage des autres systèmes d'information (SISo, SIFEF...) ;
- l'amélioration de la Gouvernance et du leadership ;
- le renforcement des capacités techniques des structures chargées du SNISS ;
- la définition des indicateurs pour chaque sous-système ;
- l'amélioration de la qualité des sources de données pour qu'elles prennent en compte tous les besoins d'information ;
- le renforcement de la gestion des données ;
- l'amélioration de la diffusion et l'exploitation des informations statistiques ;
- la centralisation des données sanitaires et sociales en un seul point à travers le DHIS2 ;
- le renforcement de la collecte des données des hôpitaux ;
- le renforcement de l'intégration du secteur privé dans la gestion du système d'information sanitaire.

8.1.4. Soins hospitaliers et recherche

- la promotion et coordination de la recherche en santé ;
- l'organisation des journées scientifiques ;
- la réduction de la mortalité intra-hospitalière ;
- le renforcement et promotion de l'hygiène en milieu de soins ;
- le renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- l'évaluation de la prise en charge des cas de référence/évacuation ;
- la mise en place d'un laboratoire d'analyse des aliments de niveau P3 ;
- le renforcement des audits des décès maternels et néonataux ;
- l'amélioration de la prise en charge des urgences (création d'un SAMU national et répartition de SMUR sur l'ensemble du territoire).

8.2. Développement Social

8.2.1. Administration générale

- la mise à disposition de fonds pour le financement des politiques/programmes de la Composante développement social ;

- la priorisation de la tenue des instances du PRODESS conformément au calendrier harmonisé des revues et en tenant compte du leadership et de la représentativité ;
- l'inscription au niveau de la CPS, d'une dotation budgétaire spécifique à la prise en charge des instances du PRODESS ;
- l'élaboration et l'adoption du plan de carrière du personnel ;
- l'élaboration et la validation des manuels de procédure dans les services ;
- la révision/actualisation des cadres organiques des services et veiller à leur respect ;
- la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale de gestion des ressources humaines ;
- l'élaboration et la mise en œuvre du plan de motivation des ressources humaines ;
- la construction/réhabilitation et l'équipement des CCDSES, SLDSES et des DRDSES ;
- la poursuite du processus de transfert de compétences et des ressources aux collectivités ;
- la construction et l'équipement des magasins de stockage de vivres et non vivres pour les structures du développement social ;
- le Pré positionnement périodique des stocks de vivres et de non vivres au profit des victimes des catastrophes ;
- l'inscription d'une ligne budgétaire pour le fonctionnement des SLDSES ;
- la dotation en matériels logistiques les SLDSES, les DRDSES et le niveau central ;
- la réalisation des enquêtes d'envergure nationale sur les groupes cibles de la composante développement social ;
- la dotation en sources d'énergie des SLDSES, des DRDSES et du niveau central.

8.2.2. Renforcement de la Solidarité et lutte contre l'exclusion

- l'amélioration de l'accès des groupes cibles vulnérables aux services sociaux de base ;
- Développement de la réadaptation fonctionnelle ;
- la promotion de la mobilisation sociale autour des programmes socio-sanitaires ;
- la consolidation des capacités de réponses des structures techniques socio-sanitaires face aux crises humanitaires ;
- l'évaluation du programme RBC ;
- la promotion de stratégies efficaces de lutte contre le phénomène de la mendicité sous sa forme ostentatoire ;

8.2.3. Renforcement de la Protection sociale et économie solidaire

En matière de Protection Sociale :

- l'extension des champs d'application matériels et personnels des régimes de protection sociale.
- la promotion/renforcement des mécanismes de recouvrement des cotisations des assurés relevant des collectivités territoriales et de certaines entreprises du secteur privé ;
- l'extension de la couverture sociale des populations par les mécanismes de protection sociale (branches de sécurité sociale, les mutuelles sociales, l'AMO et le RAMED) ;

- la promotion des stratégies de participation des collectivités pour la prise en charge médicale des indigents par le RAMED ;
- l'amélioration des procédures d'intervention de l'ANAM sur le terrain ;
- la définition et l'opérationnalisation d'un socle de protection sociale pour le Mali ;
- le renforcement des projets et programmes de filets sociaux et l'élaboration des normes et procédures nationales (ciblage, montants de TM, HIMO, MA, AGR...) ;
- la promotion du conventionnement de prestation avec les structures de soins notamment en périphérie ;
- le renforcement des capacités des prestataires dans le cadre du RAMED et de l'AMO ;
- le renforcement des mesures d'accompagnement psycho social des PVVIH ;
- l'amélioration des mécanismes de mobilisation de la quote-part des acteurs dans le cadre de la référence/évacuation.

En matière d'Économie Sociale et Solidaire :

- l'élaboration et l'adoption de la loi d'orientation sur l'ESS ;
- l'élaboration et la mise en œuvre du plan de communication et de plaidoyer sur l'ESS ;
- la mise en place des mécanismes de financement des Organisations et Entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire ;
- la promotion de la représentativité des femmes dans les organes de gestion des ASACo et leurs faitières ;
- le renforcement de la fonctionnalité des organes de gestion des ASACo et des comités paritaires de suivi de la CAM ;
- l'amélioration de la performance des Organisations et Entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire.

8.2.4. Lutte contre la pauvreté

- la réalisation d'études sur le DHD et la Pauvreté ;
- la mise en place d'une base de données inclusive pour les personnes vulnérables ;
- la mobilisation des populations pour la pérennisation des acquis du PACUM ;
- la réalisation des infrastructures communautaires.

8.3. Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

8.3.1. Administration Générale et Développement des Capacités Institutionnelles

- le développement des ressources humaines à travers le renforcement des capacités des agents du MPFEF à tous les niveaux en gestion, en administration, en communication, sur les droits de l'enfant et en genre, en technique d'animation des activités socioéducatives ;
- la réalisation des études et recherches ;
- le renforcement du système d'information sur la femme, l'enfant et la famille ;
- l'intensification de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;

- le renforcement de la Décentralisation Déconcentration des services de promotion de la femme et de protection de l'enfant ;
- le renforcement des équipements, matériels et infrastructures ;
- la mise en œuvre du plan quinquennal pour l'autonomisation de la femme, de l'enfant et de la famille 2020-2024 ;
- l'opérationnalisation des comités genre, des Comités régionaux et locaux de suivi des Violences Basées sur le Genre (VBG) ;
- l'élaboration et la validation du manuel de procédures de la Cité des enfants ;
- la relecture des textes régissant la DNPEF, le Centre d'Accueil et de Placement Familial (CAPF), le Centre Aoua Keita (CAK), du Parlement des enfants, les Institutions Privées d'Accueil et Placement pour Enfants (IPAPE), les Institutions Privées d'Accueil, d'Écoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants (IPAEOHE) ;
- l'organisation du suivi et de la supervision ;
- l'implication des femmes dans les instances de gestion des conflits et post conflits.

8.3.2. Promotion de la Femme

- le renforcement de l'autonomisation économique des femmes ;
- le renforcement du leadership des femmes : (droits des femmes, participation/représentativité et responsabilité...);
- le renforcement des activités génératrices de revenus ;
- le renforcement de l'accès des femmes aux services de prises en charge des VBG ;
- l'amélioration de l'accès des filles et des femmes aux services sociaux de base : santé, nutrition, éducation, formation professionnelle, accès à l'eau potable, etc.;
- l'amélioration du Sous-système d'information sur la femme.

8.3.3. Promotion de l'Enfant et de la Famille

- la promotion des droits de l'enfant et de la famille ;
- le développement des structures/organisations de participation des enfants (structure de participation formelle et endogènes et/communautaires des enfants) ;
- le développement d'un système national de protection de l'enfant ;
- le développement d'une réponse intégrée pour la prise en charge des enfants victimes de la crise sécuritaire ;
- l'amélioration du Sous-système d'Information sur la Protection de l'Enfant (SIPRE) ;
- la promotion du parrainage/placement familial ;
- la promotion des activités sportives, de participation, de loisirs, artistiques et socioculturelles en faveur des enfants ;
- le renforcement des dispositifs communautaires de médiation ;
- le renforcement de la fonction socialisante de la famille ;
- le développement du programme de formation socioculturel et d'insertion des enfants, des adolescentes et adolescents.

8.3.4. Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant

- le renforcement du Fonds de garantie des AGR ;
- la réinsertion socio-économique des enfants en situation difficile ;
- l'organisation du suivi et de l'évaluation des activités.

9. Cadre de performance du PRODESS IV

Tableau 16 : *indicateurs opérationnels*

Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Indicateurs	Projection							
			Base 2018	Sources	2019	2020	2021	2022	2023	
OS 1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	RS-1.1. Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires.	Taux de couverture en CPN 4	43%	EDS-MVI						65%
		Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	21,88%	SLIS 2018	15%	14%	35%	45%		60%
		Taux d'accouchements assistés par des prestataires formés	38,14%	SNIS	48%	58%	68%	78%		80%
		Taux de CPON	67%	EDS-MVI						75%
			56%	EDS-M VI	60%	65%	70%	75%	80%	

		Proportion de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique	82,92%	SLIS 2018	85,50%	87%	89%	91%	92%
		Pourcentage de ménage disposant de sel Iodé	84,6%	ENSAN 2018	85%	87%	89%	90%	90%
		Proportion d'unités de transformation de produits agro-alimentaires appartenant aux femmes	14%	Etude ONU-Femme sur l'entreprenariat féminin au Mali 2017	15%	16%	17%	18%	20%
	RS 1.8. Un cadre de collaboration intra et intersectorielle en matière de santé scolaire est fonctionnel	Pourcentage de réunions statutaires du Conseil consultatif santé scolaire tenues	ND	Rapport de suivi du Plan d'action santé scolaire	NA	100%	100%	100%	100%
	RS-1.9. Des services de santé et de nutrition de qualité sont disponibles en milieu scolaire.	Pourcentage de la tenue des réunions mensuelles du Groupe thématique Nutrition	92%	Rapport d'activité de la nutrition	100%	100%	100%	100%	100%
		Proportion d'études	ND		ND	ND	100%	100%	100%

OS 2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	RS-1.10. Les conditions environnementales dans les établissements scolaires sont améliorées	multisectorielles réalisées	Rapport d'activités Cellule de Coordination Nutrition							
		sur la santé et la nutrition								
		en milieu scolaire								
		Taux de couverture en latrines améliorés dans les établissements scolaires	DHIS2	ND	60%	75%	80%			
		Pourcentage d'établissements scolaires disposant de dispositif de lavage des mains	DHIS2	ND	70%	80%	90%			
OS 2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	RS-2.1. Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	Taux prévalence du paludisme selon les résultats des TDR chez les enfants de 6 à 59 mois	EDS-MVI					10%		
		Taux d'incidence du paludisme grave dans les formations sanitaires	SLIS 2018	68 ‰	60 ‰	55 ‰	50 ‰			

	sanitaires (Létalité du paludisme)	28%	DHIS2	43,40%	41%	55%	70%	80%	
		Proportion de femme enceinte ayant reçu au moins 3 doses de TPI/SP durant leur dernière grossesse							
		99,90%	SLIS 2018	99,90%	100%	100%	100%	100%	
		Proportion de nouveau-nés séropositifs nés de mères séropositives sous ARV							
		73,50%	SLIS 2018	65%	73%	80%	85%	90%	
		Pourcentage d'enfants VIH+ ayant initié les ARV dans les structures (traitement des enfants avec ARV)							
	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	95,30%	SLIS	98%	100%	100%	100%	100%	
		Taux de prévalence du VIH/SIDA							1%
RS-2.2. Le VIH/SIDA et le Sida sont contrôlés au Mali									

RS-2.5. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies tropicales négligées sont renforcées.	Pourcentage de districts ayant arrêté le traitement parce que le seuil d'endémicité de 5% du trachome est atteint	100%	Rapport MTN, 2018	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de districts ayant arrêté le traitement de la filariose lymphatique	65%	Rapport MTN, 2018	70%	75%	80%	90%	100%	100%
	Nombre de districts sous traitement contre l'onchocercose	20	Rapport MTN, 2018	10	5	5	3	0	0
	Nombre de districts ayant atteint le seuil d'élimination des schistosomiases	16	Rapport MTN, 2018	20	30	40	50	69	69
	Nombre de districts dans lesquels la prévalence des vers intestinaux est quasi nulle.	46	Rapport MTN, 2018	40	35	30	30	30	30
	Taux de détection de la lèpre (pour 100000 hbts)	0,83	Rapport annuel PNLL 2018						0,27

	améliorée de manière efficace.	Proportion des ménages disposant d'un dispositif de lavage des mains	33%	DHIS2	44%	55%	66%	77%	80%
		Proportion de ménages disposant de latrines améliorées	18,50%	DHIS2	ND	ND	25%	27%	30%
	RS-4.3. Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés.	Pourcentage de points d'eaux potable répondant aux normes bactériologiques	ND	Rapport d'Activité LNS	ND	ND	0%	0%	0%
		Pourcentage de concessions disposant de latrines améliorées	36,40%	DHIS2	ND	ND	40%	42%	45%
		Nombre d'agents formés sur le changement climatique et santé	ND	Rapport d'activités DGSHP	ND	3	5	8	10
		Nombre des études/recherches menées sur les effets néfastes du changement climatique sur la santé	ND	Rapport d'activités DGSHP	ND		1		1

	RS-4.4. L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées	Nombre d'agents (hommes femmes) formés sur la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail	ND	Rapport d'activités DGSHP	ND	6	5	11
			ND	DHIS2	ND	60%	70%	80%
	RS 5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes	Pourcentage d'établissements sanitaires disposant de points d'eau potable	ND	Rapport d'activités DGSHP	ND	70	80	100
			ND	DNPEF/CNDIFE	ND	100%	100%	100%
OS-5. Réduire les conséquences des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique.	RS 5.1. La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes	Proportion d'enfants associés aux forces et groupes armés pris en charge	100%	DNPEF/CNDIFE	100%	400	400	400
			311	DNPF/CNDIFE 2017	ND	400	400	400

	au sein des populations affectées.	Pourcentage de satisfaction de demande de secours	89%	DNDS	57%	90%	90%	90%	90%
OS 6. Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	RS-6.1. La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones désertiques, peu peuplées, nomades ou enclavées	Pourcentage de CSCOM créés et équipés	ND	DHIS2	ND	ND	100%	100%	100%
		Pourcentage de sites ASC créés	ND	DHIS2	ND	ND	100%	100%	100%
		Proportion de la population ayant accès au PMA par une équipe mobile polyvalente au-delà de 15 km	55%	DHIS2	60%	65%	70%	75%	80%
		Taux d'utilisation des services (nc/hbt/an)	0,4	Annuaire SLIS 2018	ND	ND	0,45	0,5	0,5
	RS-6.2. L'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCOM et autres structures	Nombre d'approches communautaires réalisées pour la création de CSCOM et autres structures	ND	Outils Bilan du PRODESS	-	-	20	25	30

	communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée	de communautaires de promotion de la santé	ND	Outils Bilan du PRODESS	-	-	50	60	70
			Nombre d'approches communautaires/villages réalisées pour le fonctionnement correct des CSCOM et ASACO (médiations et gestion des conflits autour des CSCOM et des ASACO)	60%	75%	80%	95%	100%	
	RS-6.3. La recherche action en santé communautaire est développée	Proportion de protocoles de recherche validés	ND	Rapport INSP					
			Proportion de protocoles de recherche réalisés	42,96%	50%	75%	80%	80%	
	RS 6.4. Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients.	Nombre de régions couvertes par le FBR	3	CTN/FBR					
				3	3	3	3	3	

	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	CHIR :	SIH	ND	ND	45%	40%	35%
		51,3%						
	Pourcentage de CSCom ayant reçu au moins deux supervisions intégrées du district	Med :	SIH	ND	ND	50%	45%	40%
		50,6%						
	Pourcentage de CSCom médicalisés (présence d'un médecin)	ND	Rapports d'activités des districts	ND	ND	50%	70%	80%
	Pourcentage de CSCom réhabilités et ayant reçu d'équipements complémentaires	34%	SNIS 2018	40%	45%	50%	55%	60%
	Pourcentages de CSCom réhabilités et ayant reçu d'équipements complémentaires	ND	Rapport CEPRIS	ND	ND	100%	100%	100%
	Pourcentage de villages couverts par des ASC	ND	A paramétrer dans DHIS2	ND	6%	15%	34%	44%

	RS-6.6. La complémentarité entre les CSRéf et les hôpitaux de 2ème référence et entre ces derniers et les hôpitaux de 3ème référence est renforcée.	Pourcentage des évacués des hôpitaux de District reçus dans les Hôpitaux de 2ème référence	ND	SIH	ND	ND	30%	50%	80%
		Pourcentage des évacués des hôpitaux de 2ème référence reçus dans les Hôpitaux de 3ème référence	ND	SIH	ND	ND	30%	50%	80%
	RS-6.7. La coordination du fonctionnement des hôpitaux est assurée de manière efficace.	Proportion des patients admis sur référence/évacuation	31,40%	SIH	31,40%	35,00%	40,00%	45,00%	50,00%
		Nombre d'hôpitaux de districts construits et équipés	ND	Rapport CEPRIS	ND	ND	1	2	2
		Taux moyen de fonctionnalité des organes d'administration et de gestion (CA, CD, CME, CSIO, CTHS et CTE)	61%	Rapport d'activité ANEH	ND	ND	100%	100%	100%

	RS-6.8. La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche.	Pourcentage d'établissements hospitaliers informatisés	ND	ANTIM	ND	ND	0,3	0,6	0,9
	RS-6.9. Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises	Pourcentage d'établissements sanitaires disposant du plateau technique requis selon le niveau	ND	Rapport d'activité ANEH	ND	ND	100%	100%	100%
	RS-6.10. Le dispositif institutionnel et technique pour une meilleure gestion et coordination de la maintenance des infrastructures et des	Pourcentage des établissements ayant les équipements essentiels	34%	Enquête SARA	50%	55%	65%	75%	80%
		Pourcentage d'établissements sanitaires disposant d'infrastructures répondant aux normes révisées	ND	Rapport d'activité CEPRIS	ND	ND	100%	100%	100%

	équipements biomédicaux est mis en place et fonctionnel.	Proportion des besoins en maintenance biomédicale	ND	Rapport d'activité SEPAUMAT	ND	ND	60%	80%	90%
		Disponibilité des équipes de maintenance au niveau des 2ème et 3ème référence	ND	Rapport d'activité SEPAUMAT	ND	ND	60%	70%	80%
	RS-6.11. Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenus sont renforcées.	Nombre d'Etablissements de soins où il existe un dispositif systématique de maintenance préventive des infrastructures et équipements biomédicaux	ND	Rapport d'activité SEPAUMAT	ND	ND	88	88	88
		Nombre d'Etablissements de soins disposant de professionnels formés à la maintenance préventive des infrastructures et équipements biomédicaux	ND	Rapport d'activité SEPAUMAT	ND	ND	88	88	88

RS 7.1. La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	Nombre de session du Comité technique de coordination et de suivi de la gestion des médicaments essentiels tenue par an	ND	DPM	4	4	4	4	4	4
		ND	DPM	2	2	2	2	2	2
RS-7.2. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées.	Nombre de session de la commission nationale de lutte contre la vente illicite tenue par an	ND	DPM	4	4	4	4	4	4
		ND	DPM	4	4	4	4	4	4
	Taux moyen de disponibilité des produits SRMNEA-N	93%	OSP/SANTE	95%	95%	96%	97%	98%	98%
	Proportion de structures ayant connu une rupture de stock en produits SRMNEA-N	25%	OSP/SANTE	21%	19%	17%	13%	9%	9%
	Taux de disponibilité des 12 médicaments du	81%	OSP santé	100%	100%	100%	100%	100%	100%

pharmaceutique renforcé.	est								1%	2%	3%	4%	5%
									100%	100%	100%	100%	100%
RS-7.5. La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée.		ND		PPM									
			Pourcentage de la contribution des privés grossistes et officines de pharmacie dans le chiffre d'affaires de la PPM		Rapport ASP-PSM								
RS-7.6. La production locale des Médicaments de qualité est renforcée.		ND	Taux de disponibilité des médicaments essentiels dans le secteur privé sur une période donnée		Rapport DPM				2	2	3	3	4
									100%	100%	100%	100%	100%
			Nombre d'établissements de fabrication de médicaments autorisés										
			Taux de disponibilité des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) au niveau des dépôts de vente de médicament (évaluation)		Rapport FEMATH				ND	100%	100%	100%	100%

RS-7.7. Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux.	81%	Enquête SARA	98%	100%	100%	100%	100%
RS-7.8. Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	76 148	Rapport CA CNTS	84 000	86 000	88 000	100 000	102 000
	27%	Rapport CA CNTS	30%	35%	40%	55%	80%
	ND	Rapport SONUC					100%
RS-7.9. La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	ND	Rapports Programmes de santé VIH, Palu et Tuberculose (DPLM)	0	0	0	0	0
RS 7.10 : L'usage rationnel des médicaments est assuré	68%	Rapport d'Evaluation disponibilité et accessibilité	62%	ND%	52 %	42%	32%

OS 8. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable	RS-8.1. Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.	Pourcentage d'ordonnance avec au moins un injectable	58%	financière 2018 ; Supervision SDADME 2019,	64 %	ND%	58%	52%	46%
		Rapport d'Evaluation disponibilité et accessibilité financière 2018 ; Supervision SDADME 2019	6	SI-GRH	6	6	7	7	7
Ratios personnels de santé /habitants (personnel pour 10000 hbts) (se référer au PS-hbts) pour d'autres DRH pour d'autres indicateurs opérationnels)	Ratio Sage-femme et IO pour 5000 Habitants	Ratio Médecin pour 10000 Hbt	1pour 5734	SI-GRH	1pour 6371	1pour 5000	1pour 5000	1pour 4500	1pour 4500
		Ratio Infirmier pour 5000 Hbt	1pour 3127	SI-GRH	1pour 3513	1pour 3000	1pour 3000	1pour 2500	1pour 2500

OS 9. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les	RS-8.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille	Pourcentage de médecins généralistes ayant bénéficié de formation de spécialisation	47%	Rapport Annuel DRH/SS DS	38%	49%	50%	51%	51%
		Taux d'adéquation des mécanismes de motivation dans les établissements hospitaliers	97%	Rapport d'activité ANEH			100%		100%
	RS-9.1. Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités.	Part du Budget de la Santé dans le budget national	5,34	Loi de finances 2019	5,10%	5,10%	7,00%	10,00%	15,00%
	RS-9.2. La gestion financière du secteur est améliorée	Part du financement extérieur	31,32	CS_2016	31,32	31,32	31,32	31,32	31,32
		Part du financement extérieur dans le SRMNEA	ND						60%

prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces	Part du budget de la SRMNEA dans le budget de la santé	5,34%	Loi de finances 2018	7%	8%	9,84%	11%	12,84%
	Taux d'exécution du budget SRMNEA	ND	Loi de finances 2018	95%	96%	96%	96%	96%
	Part du FBR dans le financement public de la Santé	ND	CTN/FBR					20%
	Proportion des PMA/PCA signé avec les ACV	ND	CTN/FBR	10%	20%	30%	40%	50
	Taux d'exécution du budget	98,56%	Rapport d'activités 2018 DFM	98,56%	98,56%	98,75%	99%	99%
	Pourcentage des ressources transférées aux collectivités territoriales.	8,35%	Loi de finances 2019	8,50%	9,00%	12,00%	20,00%	25%

RS-9.3. L'aide sociale est renforcée	Pourcentage de satisfaction en besoin d'appareillages	75	Annuaire statistique	85	95	95	95	95	
	Pourcentage d'AGR financées pour personnes déplacées et population d'accueil vulnérables	95	Annuaire statistique	97	99	99	100	100	
	Pourcentage de personnes en détresse victimes de catastrophes suivies	95	Annuaire statistique	98	100	100	100	100	
	Nombre d'AGR financées en faveur des femmes	582	Rapport d'activités FAFE /SWEDD	629	734	839	944	1049	
	Nombre de femmes bénéficiaires d'AGR financées	7182	Rapport d'activités FAFE /SWEDD	7762	9058	10353	11649	12945	
	RS-9.4. La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté.	Pourcentage de la population couverte par les institutions de sécurité sociale	17%	Annuaire statistique	16,18	16,84	19,85	20,15	20,35

OS 10. Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire	RS-10.1. Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et sociale est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces.	Taux de complétude de l'annuaire statistique Siso	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	RS-10.2. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données.	Proportion des sous-systèmes fonctionnels et intégrés au niveau du SD- SNISS	05 sur 05	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Taux de complétude des rapports mensuel (RMA)	96,80%	DHIS2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Taux de promptitude des rapports mensuel (RMA)	59,20%	DHIS2	65%	80%	90%	100%	100%	100%
		Taux de complétude des annuaires statistiques (SNIS, SLIS, SIH, Siso, SIFEFF, SI-GRH)	100%	Rapport comité de suivi du PRODESS	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		0%	SNISS	0%	0%	20%	30%	40%
	Taux de promptitude des annuaires statistiques	0%	SNISS	0%	0%	20%	30%	40%
	Taux de complétude de la saisie des données dans le DHIS2 (RMA 1er, 2ème échelon et SIH)	RMA 1er (85,21%) 2ème (87,78%) échelon et SIH (96%)	Annuaire SNIS	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de cadres formés en recherche opérationnelle / action par niveau	ND	Rapport d'activités des structures centrales et régionales	ND	ND	70%	85%	90%
	Pourcentage d'articles publiés	ND	Rapport d'activités des structures centrales et régionales	ND	ND	70%	85%	90%
	Pourcentage de recherche effectuée	ND	Rapport d'activités des structures	ND	ND	100%	100%	100%
	RS-10.3. Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées							

OS 11. Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre	RS-11.1. Le cadre institutionnel des structures chargées de la coordination, de la planification, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale à tous les niveaux est renforcé.	Pourcentage de comités paritaires fonctionnels	28,97	centrales et régionales	36,91	41	55	65	75
		Pourcentage de CAM signées entre les ASACO et les Mairies	64,54	Annuaire statistique	68	70	72	75	80
		Proportion de centres d'autopromotion des femmes fonctionnels	32,25	Rapport d'activités DNPf 2018	40	45	50	55	60
		Proportion de services locaux disposant de leur propre local	0	Rapport d'activités CADD 2019	0	0	0	5%	10%
		Pourcentage de missions de supervision réalisées	ND	Rapport d'activités des services	ND	ND	100%	100%	100%
		Proportion des réunions statutaires du Programme de santé tenues conformément aux textes législatifs et	39%	Rapports d'activités CPS	50%	75%	80%	100%	100%
RS-11.2. Une planification stratégique simplifiée, inclusive mettant le plan socio sanitaire de cercle (PDSC) au centre du									

		Proportion de DTC de CSCom ayant reçu la formation sur les outils de planification	ND	Rapport d'Activités des Districts sanitaires	ND	ND	50%	80%	95%
RS-11.4. La gouvernance des CSCom est renforcée			0	Annuaire statistique	0	0	4	4	3
RS-11.5. La décentralisation et la déconcentration au niveau des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la femme sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire.		Nombre de DRDSES et de SLDSES des nouvelles régions disposant d'infrastructures propres et adéquates	0	Annuaire statistique	0	0	4	4	3
		Nombre de DRDSES et de SLDSES des nouvelles régions disposant d'équipements adéquats	0	Annuaire statistique	0	0	4	4	3
		Taux d'effectivité de transferts des ressources du MPPEF aux collectivités territoriales	15%	DFM	30%	35%	37%	40%	50%
RS-11.6. La participation des femmes aux organes de gestion de la santé communautaire est active.		Pourcentage d'ASACO avec 30% des membres qui sont des femmes dans les organes de gestion	39,4	Annuaire statistique	35,19	50	65	75	80

					1,16	3	3,2	3,7	4
		Pourcentage d'ASACO présidées par une femme	1,59	Annuaire statistique					
	RS-11.7. Les programmes de santé intègrent de façon systématique le genre.		ND	Rapport d'activités	0	0	50%	75%	100%
	RS-11.8. Le partenariat public-privé est promu et renforcé.	Proportion de réunions de cadre de partenariat public-privé tenues							

Tableau 17 : indicateurs d'impact

Indicateurs d'objectifs	Niveau de Base		Sources et année de référence	Projection				
				Cibles par année				
				2019	2020	2021	2022	2023
Taux mortalité infanto-juvénile / 1000	101		EDS-M VI					95
Taux de mortalité infantile / 1000	54		EDS-M VI					50
Taux de mortalité néonatale / 1000	33		EDS-M VI					16
Taux de mortalité maternelle / 100000	325 pour 100 000 NV		EDS-M VI					240
Taux de prévalence contraceptive	16%		EDS-M VI					28%
Proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification	24%		EDS-M VI					14%

Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	19%	EDS-M VI							14%
Proportion de femmes mariées avant l'âge de 18 ans	54%	EDSM VI							45%
Taux de prévalence de l'Excision chez les filles de 0 à 14 ans	73%	EDSM VI							66%
Taux prévalence du paludisme selon les résultats des TDR chez les enfants de 6 à 59 mois	19%	EDS-M VI							10%
Pourcentage de décès attribuables au paludisme parmi les enfants atteints de paludisme vus dans les formations sanitaires	45,4	DHIS2	40	35	30	25			20%
Taux de prévalence du VIH/SIDA	1,10%	EDS-M V							1%
Prévalence de porteur du gène drépanocytaire	12%	Plan stratégique MNT (2019-2023)							5%
Incidence du cancer du col de l'utérus (pour 100000 hbts)	35,1 (pour 100000 hbts)	Plan stratégique MNT (2019-2023)							25 (pour 100000 hbts)

Proportion de femmes de 15 à 49 ans obèses	28%	EDSM VI							23%
Taux de prévalence du diabète sucré	3% (2007)	Plan stratégique MNT (2019-2023)							1%
Le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA)	8,7% (2007)	Plan stratégique MNT (2019-2023)							4%
Proportion de ménages disposant de latrines améliorées	18,50%	DHIS2	ND	ND	25%	27%			30%
Proportion de la population vivant à moins de 5Km d'un CSCOM fonctionnel	57%	SLIS	57%	60%	70%	75%			80%
Taux d'utilisation des services (nc/hbt/an)	0,4	Annuaire 2018 SLIS	ND	ND	0,45	0,5			0,5

Taux de Mortalité intra hospitalière	11,43%	SIH							2%
Part du Budget de la santé dans le budget national		Loi des finances, DPBEP							4,40%
Taux de couverture des populations par les ISS	0,1729	Annuaire statistique							20,35
Le taux de couverture de la population par les mutuelles sociales toutes prestations confondues	6,50%	Annuaire statistique							20
Pourcentage de bénéficiaires de transferts sociaux sortis de la pauvreté	ND	Annuaire statistique							50

10. Coordination et suivi de mise en œuvre du PRODESS IV

10.1. Cycle de programmation

Comme les précédents programmes, la mise en œuvre du PRODESS IV s'effectuera à travers les plans opérationnels annuels à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le cycle de planification restera le même que celui du PRODESS III. Ainsi, le processus d'élaboration des plans opérationnels pour l'année n+1 sur la base des plans quinquennaux se fait pendant l'année n sur la base des données de l'année n-1. La durée de ce processus ne doit pas excéder un mois.

10.2. Financement Basé sur les Résultats

L'obligation de résultats nécessite d'être soutenue par des mesures administratives et techniques appropriées à tous les niveaux. Ainsi, les financements doivent être alloués sur la base de résultats concrets à travers les PO. Cette stratégie s'appelle le Financement Basé sur les Résultats (FBR). C'est une alternative au financement basé sur les intrants. Elle permet d'apporter des subventions complémentaires qui ciblent le paquet minimum d'activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des CSCOM et CSREF. Les comportements des professionnels de la santé peuvent ainsi être positivement influencés en conditionnant le financement à l'atteinte des résultats souhaités. La mise en œuvre de cette stratégie nécessite une contractualisation soutenue par un système de monitoring et de contrôle basé sur l'application de normes et procédures applicables et convenues au préalable.

Pour la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR), il est nécessaire de procéder à un renforcement des capacités techniques à tous les niveaux et une mise à niveau des structures concernées pour les amener à un niveau de fonctionnalité qui leur permet d'être éligibles. Une fois les premiers PO élaborés et approuvés, des fonds initiaux seront alloués aux structures pour leur mise en œuvre suivant les clauses de contrats négociés et signés par les responsables des structures et l'Agence de financement qui peut être l'État ou des PTF.

Pour une mise en œuvre efficace de la stratégie FBR, il sera mis en place un Fonds Commun (FC-PRODESS) qui sera alimenté par l'État et les PTF. L'Agence de gestion de ce FC sera logée à la DFM du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Ces procédures de gestions s'inspireront du COMPACT et du manuel de procédures de gestions du PRODESS. Un Comité Technique et un Comité financier seront mis en place et seront chargés de l'approbation des PO et rapports techniques et de celle des demandes de financement. La composition de ces Comités sera convenue par les parties prenantes (l'État et les contributeurs au Fonds Commun et autres partenaires adhérant au FBR).

10.3. Coordination et suivi du PRODESS IV

Comme le PRODESS précédent, le PRODESS-IV concerne plusieurs acteurs des secteurs public, privé et communautaire et les PTF. Il est piloté par les Ministères chargés de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Famille. D'autres départements comme l'éducation nationale, l'agriculture, la communication, la culture, etc. participent également à la mise en œuvre du PRODESS. Avec la multiplicité des acteurs, la coordination intra et intersectorielle est d'une importance particulière.

Les organes de pilotage existants offrent toujours un cadre approprié de concertation et de collaboration autour du PRODESS. Ainsi, les PO annuels des districts sanitaires seront toujours suivis par un Comité de coordination des activités socio sanitaires (à créer) au niveau des districts de santé, ceux des directions régionales et des services centraux par les CROCEP et le Comité technique du PRODESS. Le Comité de suivi, organe suprême d'approbation des politiques et programmes de santé, sera maintenu. Cependant, l'expérience vécue montre qu'il faut une certaine dynamisation de ces comités qui n'ont pas fonctionné de manière efficace aussi bien au niveau des rythmes de rencontres que de leur contenu.

La revue des comités techniques et de suivi doit : (i) assurer une présidence qui favorise la responsabilisation. En effet, le fait d'avoir trois (3) présidents pour un seul comité ne favorise pas l'efficacité. Il serait souhaitable d'avoir un seul président ou une présidence tournante ; (ii) assurer le niveau de représentativité dans la composition des comités en assurant que les membres du Comité de suivi soient les personnalités qui sont habilités à prendre les décisions et que ceux du Comité technique soient les directeurs techniques des services ou des programmes ; (iii) garantir la régularité des rencontres des organes de coordination et de suivi du PRODESS. Une volonté politique réelle doit être manifestée à tous les niveaux pour faire respecter cette régularité ; (iv) améliorer le contenu des rencontres pour une meilleure efficacité en assurant une bonne préparation des dossiers techniques à examiner. La CPS qui préside le Comité de pilotage du PRODESS assure cette responsabilité pour laquelle elle doit bénéficier en retour du renforcement de capacités requis. Il en est de même pour les services techniques responsables des programmes qui doivent avoir les capacités techniques et les ressources nécessaires non seulement pour la mise en œuvre des activités mais aussi la rédaction des rapports techniques et financiers à soumettre aux différentes instances de suivi.

Comme la plupart des groupes thématiques du PRODESS n'ont pas pu fonctionner pour beaucoup de raisons notamment la volonté politique, il conviendra de les restructurer en fonction des programmes budgétaires pour les rendre plus fonctionnels.

10.4. Évaluation du PRODESS IV

Il sera procédé à :

- (i) une revue à la fin de chaque année. Cette revue permet d'apprécier le fonctionnement du PRODESS dans son ensemble à partir des rapports des

- (ii) différents niveaux d'intervention du programme. Elle fera l'objet d'un rapport technique du Comité de pilotage qui sera adopté par le Comité technique du PRODESS avant d'être soumis au Comité de suivi pendant sa dernière session de chaque année. Les contraintes seront examinées à ce niveau et des décisions appropriées seront prises. Les Groupes thématiques, s'ils sont maintenus, pourront contribuer de manière efficace à la préparation des revues annuelles.
- (iii) Une évaluation externe à mi-parcours en 2022 dont les recommandations feront l'objet d'un examen minutieux du Comité technique du PRODESS qui en tirera les plus pertinentes et établira un plan de leur mise en œuvre à soumettre à l'approbation du Comité de suivi. Les résultats de cette évaluation à mi-parcours serviront pour entamer l'élaboration du prochain PDDSS.
- (iv) Une évaluation externe finale réalisée en 2023 pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et résultats du PRODESS IV. Elle servira à orienter et à finaliser l'élaboration du prochain PDDSS et du PRODESS V.

11. Coûts du PRODESS IV**11.1. Coûts par niveau, composante et programme****11.1.1. Niveau Régional**

Santé	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	189 276 596	53 502 515	53 758 651	41 671 009	40 344 421
PROGRAMME 2 : Soins de santé Primaires et lutte contre les maladies	336 157 328	87 040 256	127 473 862	68 791 601	52 851 609
PROGRAMME 3 : Disponibilité des Médicaments, Vaccins et Consommables et Accessibilité Financière aux Soins de Santé et Participation	83 248 935	23 242 916	22 826 599	17 671 069	19 508 351
PROGRAMME 4 : Soins hospitaliers et recherche	138 843 579	41 006 826	51 547 451	24 458 039	21 831 263
Totaux	747 526 438	204 792 512	255 606 563	152 591 718	134 535 645

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille

Développement social	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	28 478 929	7 775 021	8 558 057	7 065 678	5 080 173
PROGRAMME 2 : Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion	48 157 509	12 276 525	12 297 573	11 914 941	11 668 470
PROGRAMME 3 : Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire	27 016 613	7 643 705	6 816 289	6 451 505	6 105 114
PROGRAMME 4 : Lutte Contre la Pauvreté	10 205 524	3 631 778	3 093 500	1 707 702	1 772 544
Totaux	113 858 571	31 327 028	30 765 418	27 139 825	24 626 300

Promotion de la famille	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	30 906 039	9 537 747	10 576 102	5 840 815	4 951 375
PROGRAMME 2 : Promotion de la Femme	24 608 195	6 780 793	6 570 683	5 861 486	5 395 233
PROGRAMME 3 : Promotion de l'enfant et de la famille	17 280 490	4 735 175	4 692 817	4 283 329	3 569 169
PROGRAMME 4 : Fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant (FAFE)	8 478 083	2 146 198	2 303 394	2 164 295	1 864 196
Totaux	81 272 807	23 199 913	24 142 996	18 149 925	15 779 973

11.1.2. Niveau central

Santé	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	135 142 236	31 805 904	33 373 477	33 965 336	35 997 519
PROGRAMME 2 : Soins de santé Primaires et lutte contre les maladies	199 354 855	46 706 213	50 617 634	51 050 754	50 980 254
PROGRAMME 3 : Disponibilité des Médicaments, Vaccins et Consommables et Accessibilité Financière aux Soins de Santé et Participation	30 788 491	7 643 155	7 842 643	8 483 313	6 819 380
PROGRAMME 4 : Soins hospitaliers et recherche	32 929 179	7 009 375	8 711 605	9 495 441	7 712 758
Totaux	398 214 761	93 164 647	100 545 359	102 994 844	101 509 911

Développement social	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	27 482 246	7 365 859	6 771 041	6 638 429	6 706 917
PROGRAMME 2 : Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion	21 896 117	4 312 694	5 048 141	5 768 641	6 766 641
PROGRAMME 3 : Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire	383 537 075	76 844 374	90 804 513	101 634 762	114 253 426

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille

Développement social		2020	2021	2022	2023
	Coûts estimatifs (000)				
	PROGRAMME 4 : Lutte Contre la Pauvreté	815 000	815 000	815 000	815 000
	Totaux	89 337 927	103 438 695	114 856 832	128 541 984
Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille		2020	2021	2022	2023
	Coûts estimatifs (000)				
	PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	2 592 228	3 401 074	1 692 044	1 059 918
	PROGRAMME 2 : Promotion de la Femme	2 128 313	1 662 205	1 142 668	1 343 854
	PROGRAMME 3 : Promotion de l'enfant et de la famille	36 000	48 000	50 000	60 000
	PROGRAMME 4 : Fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Epanouissement de l'Enfant (FAFE)	30 000	30 000	40 000	30 000
	Totaux	4 786 541	5 141 279	2 924 712	2 493 772

11.2. Coûts par composante et par niveau

11.2.1. Niveau régional

Composante	Coûts estimatifs (000)	%	2020	2021	2022	2023
Santé	747 526 438	79%	204 792 512	255 606 563	152 591 718	134 535 645
Social	113 858 571	12%	31 327 028	30 765 418	27 139 825	24 626 300
Famille	81 272 807	9%	23 199 913	24 142 996	18 149 925	15 779 973
Total	942 657 816	100%	259 319 453	310 514 977	197 881 468	174 941 918

11.2.2. Niveau Central

Composantes	Coûts estimatifs (000)	%	2020	2021	2022	2023
Santé	398 214 761	47%	93 164 647	100 545 359	102 994 844	101 509 911
Social	436 175 438	51%	89 337 927	103 438 695	114 856 832	128 541 984
Famille	15 346 304	2%	4 786 541	5 141 279	2 924 712	2 493 772
Total	849 736 503	100%	187 289 115	209 125 333	220 776 388	232 545 667

11.2.3. Coût par composante

Composantes	Coûts estimatifs (000)	%	2020	2021	2022	2023
Santé	1 145 741 198	64%	297 957 159	356 151 922	255 586 562	236 045 555
Social	550 034 009	31%	120 664 955	134 204 113	141 996 657	153 168 284
Famille	96 619 112	5%	27 986 454	29 284 275	21 074 637	18 273 745
Total	1 792 394 319	100%	446 608 568	519 640 310	418 657 856	407 487 584

11.3. Coûts par niveau

Niveaux	Coûts estimatifs (000)	%	2020	2021	2022	2023
Région	942 657 816	49%	259 319 453	310 514 977	197 881 468	174 941 918
Central	849 736 503	51%	187 289 115	209 125 333	220 776 388	232 545 667
Total	1 792 394 319	100%	446 608 568	519 640 310	418 657 856	407 487 584

11.4. Cadrage de financement

Rubriques	Montants annuels				
	2019	2020	2021	2022	2023
Budget d'État en milliards de FCFA (augmentation annuelle de 8,4% de 2021 à 2023)	2387,7	2 521,7	2 235,4	2 462,8	2 625,5
Pourcentage du Budget Santé dans le Budget d'État	6,4%	5,7%	6,4%	4,9%	5,3%
Budget Santé et développement social en milliards de FCFA	125,4	145,6	144	122,4	139,3
Budget Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille	5,3	6,4	7,5	5,7	6,5
Budget total disponible	128,7	152	151,5	138,1	145,8
Coûts du PRODESS IV en milliards de FCFA	210,0	446,6	519,6	418,7	407,5
% de Couverture des BF	61,2%	34%	29,1%	33,0%	35,8
Financement à rechercher	81,3	278,2	294,6	280,6	261,7
% du financement à rechercher dans le cout total du PRODESS IV 6	38,2%	66%	71,9%	67,0%	64,2%

NB : les chiffres des années 2019 et 2020 sont fournis par la DFM/Santé Ceux des années 2021, 2022 et 2023 sont des projections

12. Annexes :

12.1. Coûts détaillés du PRODESS IV par programme, composante, objectif stratégique et résultat stratégique

12.1.1. Niveau Régional

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
Administration, coordination et décentralisation	Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiés, compétentes, performantes et de façon équitable.	<p>Résultat stratégique 1.1.1. : Ratios professionnel de santé/habitant suivant les normes de l'OMS (23Prof/10000 hbts)</p> <p>Résultat stratégique 1.1.2. : Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées (D'ici à fin décembre 2023, la Proportion de Médecins généralistes ayant bénéficié de formation de spécialisation atteint 30%)</p> <p>Résultat stratégique 1.1.3. : Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme</p>	106 695 696	32 307 195	30 847 070	23 269 312	20 272 119
	Objectif stratégique 1.2. : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour	<p>Résultat stratégique 1.2.1. : Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données (D'ici à fin décembre 2023, tous les annuaires statistiques, SNISS, SLIS, SIH, SISO, SIFE, SI-GRH sont produits pour la prise de décision).</p> <p>Résultat stratégique 1.2.2. : Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces (D'ici à fin décembre</p>	20 540 807	4 970 235	5 207 645	5 420 527	4 942 400
			14 540 728	3 783 703	4 558 166	3 061 491	3 137 368
			8 846 316	2 370 427	2 129 216	2 209 890	2 136 783
			4 145 408	1 028 748	1 058 470	1 013 973	1 044 217

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire.	2023, le taux de complétude de la saisie des données dans DHIS2 est de 100%)					
		Résultat stratégique 1.2.3. : Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées	9 074 793	2 676 622	3 080 027	2 447 422	870 722
	Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination	Résultat stratégique 1.3.1. : La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés (D'ici à fin décembre 2023, la proportion des réunions statutaires du Programme de santé tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur est de 100%)	4 919 697	1 112 869	1 209 136	1 161 412	1 436 280
		Résultat stratégique 1.3.2. : La décentralisation et la déconcentration au niveau du secteur santé, développement social et promotion de la famille sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire (D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières sont transférées aux Collectivités Territoriales)	16 144 125	4 236 716	4 293 892	2 167 508	5 446 009
		Résultat stratégique 1.3.3. : Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités (D'ici à fin	4 369 026	1 016 000	1 375 029	919 474	1 058 523

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	décembre 2023, 99% du budget du département sont exécutés)					
		Résultat stratégique 2.1.1.: Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires (D'ici à fin décembre 2023, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est de 80%)	26 307 621	6 397 392	6 453 577	8 219 918	5 236 734
Soins de santé Primaires et lutte contre les maladies	Objectif stratégique 2.1. : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infant-juvénile	Résultat stratégique 2.1.2.: La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR (D'ici à fin décembre 2023, le taux de prévalence contraceptif est de 25%)	10 223 561	2 844 379	2 762 316	2 485 493	2 131 373
		Résultat stratégique 2.1.3.: La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace (D'ici à fin décembre 2023, le taux de malnutrition aigüe sévère (6-59mois) est de 0,1%)	13 447 286	3 547 016	3 703 307	3 106 443	3 090 520
		Résultat stratégique 2.1.4.: La prévention de la carence en micronutriments est assurée de manière plus efficace (D'ici à fin décembre 2023)	4 604 723	1 240 647	1 181 157	1 053 067	1 129 852
		Résultat stratégique 2.1.5 Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé	3 246 912	965 078	666 928	702 178	912 728

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
		Résultat stratégique 2.2.1 : Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali (D'ici à fin décembre 2023, la proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme vu dans les Formation sanitaires est de 1%)	37 790 751	10 296 797	9 008 012	8 213 628	10 272 314
	Objectif stratégique 2.2. : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et les handicaps liés aux maladies - non transmissibles	Résultat stratégique 2. 2. 2: le VIH et le SIDA sont mieux contrôlés au Mali	8 283 597	2 180 936	2 088 950	2 002 152	2 011 559
		Résultat stratégique 2. 2.3 : la Tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	5 544 196	1 550 083	1 429 669	1 313 072	1 251 372
		Résultat stratégique 2.2.4. : Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées (D'ici à fin décembre 2023, le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'1 an en Penta3 est supérieur ou égal à 90%)	5 607 445	1 681 050	1 302 310	1 350 896	1 273 189
		Résultat stratégique 2.2.5 : La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace (D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnel formé au dépistage précoce et à la prise en charge efficace des maladies non transmissibles atteint 70%)	3 758 436	1 146 081	945 333	855 407	811 615
	Objectif stratégique 2.3 : Promouvoir un environnement	Résultat stratégique 2.3.1. : Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés. (D'ici à fin décembre 2023, au moins un agent est formé sur le changement climatique et santé)	4 835 697	1 380 686	1 208 701	1 218 021	1 028 289

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé et réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique.	<p>Résultat stratégique 2.3.2 : L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées (D'ici à fin décembre 2023, au moins un agent est formé sur la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail)</p> <p>Résultat stratégique 2.3.3 : La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace. (D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infection des sites opératoire dans les CSRéf est inférieur ou égal à 1%)</p> <p>Résultat stratégique 2.3.4 : La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées</p> <p>Résultat stratégique 2.3.5 : L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.</p>	4 736 831	1 352 114	1 172 098	1 114 282	1 098 337
			4 329 431	819 427	1 459 538	1 336 614	713 852
			37 890 039	3 451 800	28 622 774	2 909 623	2 905 842
			24 803 929	6 543 651	7 552 358	5 256 685	5 451 235

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
		Résultat stratégique 2.4.1 : La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones désertées, peu peuplées, nomades ou enclavées ; La recherche action en santé communautaire est développée ; Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patients et patients ; La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées ; La Cyber Santé est mise à l'échelle pour améliorer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche ; Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenu sont renforcées. <i>(D'ici à fin décembre 2023, le taux d'utilisation des services (nc/hbt/an) est de 50%)</i>	53 574 904	20 786 448	11 575 513	15 543 898	5 669 045
	Objectif stratégique 2.4 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations	Résultat stratégique 2.4.2 : Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises ; l'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée (D'ici à fin décembre 2023, le taux de disponibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCom est d'au moins 40%)	36 302 735	15 989 902	10 398 616	6 454 717	3 459 500
		Résultat stratégique 2.4.3 : Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate	2 357 227	604 018	598 954	594 755	559 500
		Résultat stratégique 2.4.4 : D'ici à fin décembre 2023, 15 hôpitaux de district sont créés	48 512 010	4 262 751	35 343 752	5 060 753	3 844 754

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
Disponibilité des Médicaments, et Vaccins Consommables et Accessibilité Financière aux Soins de Santé et Participation		Résultat stratégique 3.1.1 : La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées ; les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés. <i>(D'ici à fin décembre 2023, le taux de disponibilité des 12 médicaments du panier est de 100%)</i>	11 979 466	2 713 443	3 532 245	2 853 952	2 879 826
		Résultat stratégique 3.1.2 : La collaboration public-privé dans le secteur pharmaceutique est renforcée ; la production locale des Médicaments de qualité est renforcée <i>(D'ici à fin décembre 2023, le taux de disponibilité des médicaments essentiels dans le secteur privé est de 98%)</i>	17 038 618	6 172 120	4 109 681	3 568 578	3 188 239
		Résultat stratégique 3.1.3 : Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux. <i>(D'ici à fin décembre 2023, il n'y a pas de jour de Rupture des vaccins)</i>	1 648 712	356 864	485 314	410 326	396 208
		Résultat stratégique 3.1.4 : Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	660 215	215 018	155 181	153 749	136 267
		Résultat stratégique 3.1.5 : La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	1 941 618	407 771	495 180	524 189	514 478
		Résultat stratégique 3.1.6 : L'usage rationnel des médicaments est assuré	389 187	172 262	89 166	83 245	44 514
	Objectif stratégique 3.2 : Assurer la	Résultat stratégique 3.2.1 : La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	48 980 302	13 127 806	13 747 009	9 905 987	12 199 500

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	réglementation pharmaceutique et en matières des médicaments, des vaccins et des consommables	Résultat stratégique 3.2.2 : Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé	610 817	77 632	212 823	171 043	149 319
	Objectif stratégique 4.1. : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	Résultat stratégique 4.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de mortalité maternelle intra-hospitalière liée à l'accouchement est inférieur à 1% Résultat stratégique 4.1.2 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de mortalité néo-natale précoce intra-hospitalière est inférieur à 3,5% Résultat stratégique 4.1.3 : D'ici à fin décembre 2023, 100% de résultats d'études réalisées sur la santé de la mère et de l'enfant sont publiées	10 991 157 358 188 1 460 133	4 003 644 125 734 371 956	2 737 549 63 115 440 657	2 140 262 107 626 301 460	2 109 702 61 713 346 060
Soins hospitaliers et recherche	Objectif stratégique 4.2 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies transmissibles et ceux liés aux maladies non transmissibles	Résultat stratégique 4.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de décès attribuée au paludisme grave parmi les enfants de 0 - 5 ans atteints de paludisme grave dans les EPH est inférieure à 2,5% Résultat stratégique 4.2.2 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de PV/VIH sous ARV est de 100% Résultat stratégique 4.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réussite de la chirurgie dans les EPH spécialisés (cataracte sénile simple, prothèses totales de la hanche, ostéosynthèses maxillo-faciaux) est de 100%	517 416 237 524 52 264	145 964 48 867 21 255	106 464 106 110 7 315	117 360 47 637 18 817	147 628 34 910 4 877

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
		<p>Résultat stratégique 4.2.4 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de conformité de la gestion des déchets biomédicaux dans les EPH est de 100%</p> <p>Résultat stratégique 4.2.5 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'études scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé dont les résultats sont disponibles est de 100%.</p> <p>Résultat stratégique 4.2.6 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de produits alimentaires autorisés par la commission nationale d'autorisation de mise sur le marché est de 100%.</p>	192 413	51 367	35 093	68 946	37 007
		<p>Résultat stratégique 4.3.1 : Taux de conformité de la gestion des déchets biomédicaux dans les EPH</p> <p>Résultat stratégique 4.3.2: Proportion d'études scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé dont les résultats sont disponibles.</p> <p>Résultat stratégique 4.3.3 : Proportion de produits alimentaires autorisés par la commission nationale d'autorisation de mise sur le marché</p>	108 474	30 717	23 010	31 357	23 390
	<p>Objectif stratégique 4.3 : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé</p>		5 600	2 000	1 200	1 200	1 200
		<p>Objectif stratégique 4.4 : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres,</p>	43 120	10 780	10 780	10 780	10 780
		<p>Résultat stratégique 4.4.1 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de malades admis en urgence et /ou référés pris en charge dans les EPH dans l'heure suivant leur admission est de 100%</p> <p>Résultat stratégique 4.4.2 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'EPH disposant d'un plan blanc pour la gestion des catastrophes/conflits est de 100%</p>	32 000	1 000	17 000	7 000	7 000
			343 692	15 923	155 923	155 923	15 923
			87 706 137	21 024 838	39 232 694	14 517 661	12 930 944

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille

Programmes Santé	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique.	Résultat stratégique 4.4.3 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'EPH utilisant le dossier médical informatisé est 100%	36 756 350	15 135 744	8 603 104	6 920 410	6 097 092
		Total	747 526 438	204 792 512	255 606 563	152 591 718	134 535 645

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGR AMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.	Résultat stratégique 1.1.1. Ratios D'ici à fin décembre 2023, le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre Résultat stratégique 1.1.2. Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées (D'ici à fin décembre 2023, la Proportion de Médecins généralistes ayant bénéficié de formation de spécialisation atteint 30%) Résultat stratégique 1.1.3. Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme	13 262 680	3 180 339	4 547 375	3 409 595	2 125 371
	Objectif stratégique 1.2. Assurer la production, l'analyse, la	Résultat stratégique 1.2.1. Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données (D'ici à fin décembre 2023, tous les annuaires statistiques, SNISS, SLIS, SIH, SISO,	4 887 536	1 465 692	1 391 197	1 108 751	921 896
			2 963 456	1 185 383	742 287	774 641	261 145
			1 185 583	349 718	284 605	284 405	266 855

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire.	SIFEF, SI-GRH sont produits pour la prise de décision).					
		Résultat stratégique 1.2.2. : Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces (D'ici à fin décembre 2023, le taux de complétude de la saisie des données dans DHIS2 est de 100%)	1 887 696	484 940	472 316	479 600	450 840
		Résultat stratégique 1.2.3. : Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées	894 415	213 204	290 258	213 137	177 816
	Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en	Résultat stratégique 1.3.1. : La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés (D'ici à fin décembre 2023, la proportion des réunions statutaires du Programme de santé tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur est de 100%)	916 831	243 913	218 806	225 306	228 806

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	<p>Résultat stratégique 1.3.2. : La décentralisation et la déconcentration au niveau du secteur santé, le développement social et promotion de la famille sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire (D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières sont transférées aux Collectivités Territoriales)</p> <p>Résultat stratégique 1.3.3. : Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités (D'ici à fin décembre 2023, 99% du budget du département sont exécutés)</p>	1 032 502	270 063	267 363	246 988	248 088
PROGR AMME 2 : Renforce	Objectif stratégique 2.1.1. : Développer	Résultat stratégique 2.1.1. : L'aide sociale et l'action humanitaire sont renforcées	1 448 230	10 428 058	10 444 467	10 116 908	10 015 630

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
ment de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion	un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Promouvoir l'intégration socioéconomique des catégories sociales vulnérables)	Résultat stratégique 2.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infrastructures socio collectives et productives réalisées est d'au moins 15%	59 000	10 500	16 000	16 500	16 000

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023	
PROGR AMME 3 : Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire	Objectif stratégique 2.2 : Promouvoir la mobilisation sociale de la population autour des programmes socio-sanitaires	Résultat stratégique 2.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, 10% de personnes ont assisté aux séances d'IEC	2 882 246	774 351	745 523	691 439	670 933	
		Résultat stratégique 2.2.2 : D'ici à fin décembre 2023, au moins. % de groupes d'animation sont appuyés	1 686 640	489 285	424 775	401 715	370 865	
		Résultat stratégique 2.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, au moins ...% de leaders d'opinion sont formés sur les activités de promotion de la santé.	2 524 560	574 331	666 808	688 379	595 042	
		Objectif stratégique 3.1.1 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une	Résultat stratégique 3.1.1 : La couverture maladie des populations est améliorée)	2 897 960	762 462	704 592	779 910	650 996
			Résultat stratégique 3.1.2 : la protection sociale est améliorée	1 761 231	505 517	423 038	448 138	384 538
			Résultat stratégique 3.1.3 : D'ici à fin décembre 2023, le taux d'augmentation des assurés sociaux des ISS est supérieur ou égal à 35%	1 570 522	445 723	392 863	382 243	349 693

Program mes du Dévelop pement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Contribuer à assurer une meilleure couverture des prestations sociales)						
	Objectif stratégique 3.2 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des	Résultat stratégique 3.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, au moins. % de nouveaux ménages les plus démunis sont couverts par les programmes de transferts sociaux Résultat stratégique 3.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, au moins ...% de personnes indigentes immatriculées seront prises en charge médicalement	11 198 676	2 981 326	3 049 839	2 766 768	2 400 743
			1 491 731	431 077	342 752	391 978	325 924

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Contribuer à assurer la prise en charge sociale des couches les plus pauvres)	<p>Résultat stratégique 3.2.3: D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de l'économie sociale et solidaire ayant bénéficié d'appui (construction/réhabilitation, équipement, technique et/ou financier) est de 50%</p> <p>Résultat stratégique 3.2.4: D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de l'économie sociale et solidaire fonctionnelles (sociétés coopératives, mutuelles et ASACO) est de 100%</p>	4 437 475	1 625 000	991 985	802 090	1 018 400
			3 659 022	892 601	911 221	880 379	974 821
PROGR AMME 4 : Lutte	Objectif stratégique 4.1: Développer	Résultat stratégique 4.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infrastructures socio collectives et productives réalisées est d'au moins 15%	9 809 144	3 548 651	2 954 281	1 643 631	1 662 581

Program mes du Dévelop pement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
Contre la Pauvreté	un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Réduire la pauvreté des groupes vulnérables dans les communautés rurales et urbaines)	Résultat stratégique 4.1.2 : D'ici à fin décembre 2023, trois (3) études sur le DHD et la pauvreté sont réalisées par an	396 380	83 127	139 219	64 071	109 963

Programmes du Développement Social	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
			113 858 579	31 327 030	30 765 420	27 139 827	24 626 302
	Total						

Programmes de la Promotion de l'Enfant et de la Famille	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
Administration, coordination et décentralisation	Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.	Résultat stratégique 1.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, les services locaux de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille sont dotés de personnel conformément au cadre organique en vigueur. Résultat stratégique 1.1.2. : les collectivités assurent la prise en charge de X % du personnel qualifié du SLPFEF Résultat stratégique 1.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, le programme de formation continue des ressources humaines est mis en œuvre	18 488 371	5 373 192	7 119 736	3 340 096	2 655 347
			3 907 711	1 032 196	1 058 415	888 625	928 475
			2 414 941	714 917	737 489	499 388	463 147
	Objectif stratégique 1.2. : Assurer la production,	Résultat stratégique 1.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, les annuaires statistiques (annuaire SIFEF local) sont	1 545 240	453 940	362 370	361 590	367 340

l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sociales faibles ventilées par sexe et par âge à jour à partir des déterminants sociaux.	annuellement produits pour la prise de décision						
	Résultat stratégique 1.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le taux de complétude et de promptitude des données dans le SIFEF est de 100%	783 223	185 082	300 347	156 322	141 472	
	Résultat stratégique 1.3.1. : D'ici à fin décembre 2023, les dix (10) réunions statutaires du PRODESS IV sont tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur	1 158 950	711 050	148 750	150 550	148 600	
Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	Résultat stratégique 1.3.2. : D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières à transférer sont mises à la disposition des Collectivités Territoriales	569 630	157 920	155 220	126 870	129 620	
	Résultat stratégique 1.3.3. : D'ici à fin décembre 2023, 99% du budget mobilisé du SLPFEF sont exécutés	2 037 973	909 450	693 775	317 374	117 374	

Promotion de la Femme	<p>Objectif stratégique 2.1.1. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Développer la communication, l'identification, la prise en charge des cas de complications liés aux MGF/VBG)</p>	<p>Résultat stratégique 2.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, les activités de prévention des MGF/VBG sont promues</p>	2 230 750	2 443 544	2 339 633	2 005 437
		<p>Résultat stratégique 2.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes et filles victimes des VBG ayant bénéficié d'une prise en charge holistique (médicale, psycho-sociale, juridique et économique) est supérieur ou égal à 85%</p>	1 022 802	871 538	631 038	618 738
		<p>Résultat stratégique 2.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes appuyées dans les AGR est supérieur ou égal à 95%</p>	495 135	485 485	482 435	480 210
		<p>Résultat stratégique 2.1.4. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage cas de femmes et d'hommes formés est supérieur ou égal à 95% ???</p>	206 607	200 308	175 809	174 604
	<p>Objectif stratégique 2.2. : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique</p>	<p>Résultat stratégique 2.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, le taux de représentativité des femmes dans les organes de prévention et de résolution des conflits est supérieur ou égal à 30%</p>	380 840	313 683	325 063	293 483
		<p>Résultat stratégique 2.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes formées dans les organes de</p>	378 239	425 489	395 439	387 788

(Assurer une représentativité équitable des femmes et de leurs associations dans les instances chargées de prévenir, réguler et résoudre les conflits).	prévention et de résolution des conflits est de 100%							
Résultat stratégique 2.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes aux postes électifs et nominatifs est supérieur ou égal à 30%		367 710	388 351	388 822	342 001			
Objectif stratégique 2.3.1 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Développer des programmes appropriés pour soutenir l'équipement et la formation en	Résultat stratégique 2.3.1 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de femmes ou de Petites et Moyennes Entreprises (PME/PMI) ayant accès aux équipements et aux infrastructures de production a atteint 50%							
		541 000	669 850	435 580	411 089			
	Résultat stratégique 2.3.2 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réussite des Activités Génératrices de Revenu (AGR) et des PME/PMI des femmes est au moins de 30%							
		246 276	293 151	279 158	270 749			
		1 486 884	388 351	388 822	342 001			
		2 057 519	669 850	435 580	411 089			
		1 089 334	293 151	279 158	270 749			

vue d'accompagner la promotion de l'entreprenariat féminin dans les zones rurales et urbaines)						
<p>Objectif stratégique 2.4 : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle (Assurer le suivi de la mise en œuvre efficace et efficiente des projets et programmes au</p>	<p>Résultat stratégique 2.4.1 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réalisation des missions de suivi des activités est de 100%</p>	<p>1 570 381</p>	761 564	307 414	253 139	248 264
<p>Résultat stratégique 2.4.2 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de projets programmes suivis est de 100%</p>		<p>639 980</p>	149 870	171 870	155 370	162 870

	niveau déconcentré)								
: Promotion de l'enfant et de la famille	Objectif stratégique 3.1.1 : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle (Créer un environnement juridique et institutionnel favorable au plein épanouissement et au développement	Résultat stratégique 3.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, 70% des cadres de concertation sur l'enfant et la famille sont fonctionnels	4 247 013	1 143 067	1 068 742	1 021 987	1 013 217		
		Résultat stratégique 3.1.2 : D'ici à fin décembre 2023, au moins 70% des institutions éducatives et de protection pour enfants fonctionnelles	4 114 100	939 236	1 444 387	1 156 388	574 089		

harmonieux de l'enfant)									
Objectif stratégique 3.2. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer les connaissances sur les droits et devoirs des enfants et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes)	Résultat stratégique 3.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnes formées sur les droits des enfants est d'au moins 10%	1 637 560	380 740	424 340	424 240	408 240			
Objectif stratégique 3.3. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer la lutte contre VAEN)	Résultat stratégique 3.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage des recherches opérationnelles sur la situation des enfants victimes de VAEN	1 233 150	748 525	185 900	180 375	118 350			
	Résultat stratégique 3.3.1 : D'ici à fin décembre 2023, 70% d'enfants victimes de Violence, d'Abus d'Exploitation et de Négligence (VAEN) y compris ceux en situation d'urgence sont pris en charge	1 821 046	423 491	489 761	445 251	462 543			

<p>Objectif stratégique 3.4. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Promouvoir des activités de loisirs, artistiques et socioculturelles en faveur des enfants et leur participation)</p>	<p>Résultat stratégique 3.4.1 : D'ici à fin décembre 2023, au moins X% des enfants de 12 à 17 ans ont participé aux cadres d'expression pour enfants</p>	<p>853 400</p>	<p>246 350</p>	<p>229 950</p>	<p>183 650</p>	<p>193 450</p>
<p>Objectif stratégique 3.5. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer la fonction socialisante de la famille)</p>	<p>Résultat stratégique 3.5.1. : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de ménages informés sur la socialisation et la responsabilité parentale est d'au moins 30%</p> <p>Résultat stratégique 3.5.2. : D'ici à fin décembre 2023, 100% des ménages vulnérables identifiés sont pris en charge</p> <p>Résultat stratégique 3.5.3. : D'ici à fin décembre 2023, le taux de satisfaction de cas de médiations familiales réalisées est supérieur ou égal à 75%</p>	<p>1 845 116</p>	<p>497 605</p>	<p>448 075</p>	<p>479 175</p>	<p>420 261</p>
		<p>937 040</p>	<p>208 010</p>	<p>254 560</p>	<p>245 060</p>	<p>229 410</p>
		<p>592 065</p>	<p>148 151</p>	<p>147 102</p>	<p>147 203</p>	<p>149 609</p>

Fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Épanouissement de l'Enfant (FAFE)	<p>Objectif stratégique 4.1. : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Accroître le potentiel économique des femmes)</p>	<p>Résultat stratégique .4.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations féminines équipées en matériel et infrastructures de production est de 80%</p>	2 372 525	580 825	599 900	661 900	529 900	
		<p>Résultat stratégique .4.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de projets générateurs de revenus financés est de 100%</p>	1 471 000	387 150	381 850	360 150	341 850	
		<p>Résultat stratégique .4.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'emploi créée dans le cadre des projets financés par le fonds est de 60% pour les femmes et 30% pour les hommes</p>	345 800	76 200	100 600	84 600	84 400	
	<p>Objectif stratégique 4.2. : Contribuer au développement du leadership des femmes dans la vie publique et politique</p>	<p>Résultat stratégique .4.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnes formées est supérieur ou égal 95%</p>	1 150 100	459 150	256 750	215 550	218 650	
		<p>Résultat stratégique .4.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'emplois créés est supérieur ou égal 85%</p>	418 600	89 400	133 900	98 900	96 400	

		Résultat stratégique .4.2.3. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'entreprises créées par les femmes est supérieur ou égal 75%	324 700	71 550	87 550	83 550	82 050
Objectif stratégique 4.3. : Contribuer à l'épanouissement de l'enfant		Résultat stratégique .4.3.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de projets financés en faveur de l'épanouissement des enfants est de 100%	1 035 540	184 200	349 480	275 480	226 380
		Résultat stratégique .4.3.2. D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'enfants réinsérés est supérieur ou égal 75%	843 520	173 500	263 640	252 640	153 740
Objectif stratégique 4.4. : Assurer le suivi-évaluation des activités du PAAFE		Résultat stratégique .4.4.1. : D'ici à fin décembre 2023, le taux d'exécution du plan de mission de suivi et supervision est supérieur ou égal 90%	338 588	81 422	84 422	86 722	86 022
		Résultat stratégique .4.4.2. : D'ici à fin décembre 2023, le Taux de mise en œuvre des recommandations issues des missions de suivi et de supervision est supérieur ou égal 80%	177 710	42 801	45 302	44 803	44 804
		Total	81 272 807	23 199 913	24 142 996	18 149 925	15 779 973

12.1.2. Niveau Central

PRO GRA MME SAN TE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PRO GRA MME I : Admi nistrat ion, coordi nation et décent ralisation	Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.	Résultat stratégique 1.1.1. : Ratios professionnel de santé/habitant suivant les normes de l'OMS (23Prof/10000 hbts)	4 623 490	940 628	1 139 906	1 270 263	1 272 693
		Résultat stratégique 1.1.2. : Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées (D'ici à fin décembre 2023, la Proportion de Médecins généralistes ayant bénéficié de formation de spécialisation atteint 30%)	1 838 800	480 200	457 700	463 200	437 700
		Résultat stratégique 1.1.3. : Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme	3 414 181	808 686	809 846	947 221	848 428
ralisation	Objectif stratégique 1.2. : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables	Résultat stratégique 1.2.1. : Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données (D'ici à fin décembre 2023, tous les annuaires statistiques, SNISS, SLIS, SIH, SISO, SIFEF, SI-GRH sont produits pour la prise de décision).	4 098 811	1 218 965	843 225	790 245	1 246 376
		Résultat stratégique 1.2.2. : Le cadre institutionnel et organisationnel du système	1 410 580	420 580	330 000	330 000	330 000

ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire.	d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces (D'ici à fin décembre 2023, le taux de complétude de la saisie des données dans DHIS2 est de 100%)	4 830 624	1 633 794	1 885 090	851 193	460 547
Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties	Résultat stratégique 1.2.3. : Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées	6 076 786	1 323 424	1 398 061	1 360 614	1 994 687
	Résultat stratégique 1.3.1. : La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés (D'ici à fin décembre 2023, la proportion des réunions statutaires du Programme de santé tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur est de 100%)	1 402 662	324 627	357 849	358 099	362 087
	Résultat stratégique 1.3.2. : La décentralisation et la déconcentration au niveau du secteur santé, développement social et promotion de la famille sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire (D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières sont transférées aux Collectivités Territoriales)					

prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.	Résultat stratégique 1.3.3. : Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités (D'ici à fin décembre 2023, 99% du budget du département sont exécutés)	107 446 300	24 655 000	26 151 800	27 594 500	29 045 000
PRO GRA MME 2 : Soins de santé Prima ires et lutte contre les malad ies	Résultat stratégique 2.1.1. : Le paquet de Soins Périnataux (SP) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) est disponible et accessible dans les formations sanitaires (D'ici à fin décembre 2023, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est de 80%)	559 240	180 410	125 210	128 410	125 210
MME 2 : Soins de santé Prima ires et lutte contre les malad ies	Résultat stratégique 2.1.2. : La planification familiale est mieux repositionnée dans les activités de SR (D'ici à fin décembre 2023, le taux de prévalence contraceptif est de 25%)	963 392	243 348	238 348	243 348	238 348
MME 2 : Soins de santé Prima ires et lutte contre les malad ies	Résultat stratégique 2.1.3. : La Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant est assurée de manière permanente et efficace (D'ici à fin décembre 2023, le taux de malnutrition aiguë sévère (6-59mois) est de 0,1%)	3 612 800	903 400	903 000	903 400	903 000
MME 2 : Soins de santé Prima ires et lutte contre les malad ies	Résultat stratégique 2.1.4 : La prévention de la carence en micronutriments est assurée de manière plus efficace (D'ici à fin décembre 2023)	4 920 000	1 230 000	1 230 000	1 230 000	1 230 000

	Résultat stratégique 2.1.5 Le système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM est renforcé	0	0	0	0	0	0
	Résultat stratégique 2.2.1 : Le Paludisme ne constitue plus un problème de santé publique au Mali (D'ici à fin décembre 2023, la proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme vu dans les Formations sanitaires est de 1%)	173 679 431	40 158 682	44 260 703	44 630 223	44 629 823	
Objectif stratégique 2.2. : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et les handicaps liés aux maladies - non transmissibles	Résultat stratégique 2.2.2: le VIH et le SIDA sont mieux contrôlés au Mali	0	0	0	0	0	
	Résultat stratégique 2.2.3: la Tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique au Mali.	5 684 032	1 421 008	1 421 008	1 421 008	1 421 008	
	Résultat stratégique 2.2.4. : Les maladies à potentiel épidémique sont mieux contrôlées (D'ici à fin décembre 2023, le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'1 an en Penta3 est supérieur ou égal à 90%)	4 067 620	1 027 780	1 021 780	1 016 780	1 001 280	
Objectif stratégique 2.3 :	Résultat stratégique 2.2.5 : La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont assurées de manière efficace (D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnel formé au dépistage précoce et à la prise en charge efficace des maladies non transmissibles atteint 70%)	458 100	115 400	114 400	114 400	113 900	
	Résultat stratégique 2.3.1. : Les effets néfastes du changement climatique sur la santé sont mieux connus et contrôlés. (D'ici à fin décembre 2023,	66 100	17 400	16 400	16 400	15 900	

<p>Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé et réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique.</p>	<i>au moins un agent est formé sur le changement climatique et santé)</i>					
	Résultat stratégique 2.3.2 : L'hygiène et la sécurité sanitaire en milieu de travail sont renforcées (D'ici à fin décembre 2023, au moins un agent est formé sur la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail)	20 000	5 000	5 000	5 000	5 000
	Résultat stratégique 2.3.3 : La prévention et le contrôle des infections associées aux soins sont assurés de manière efficace. (D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infection des sites opératoire dans les CSRéf est inférieur ou égal à 1%)	1 900 000	475 000	475 000	475 000	475 000
	Résultat stratégique 2.3.4 : La prévention et la réponse aux urgences sanitaires liées aux catastrophes sont assurées de manière efficace pour minimiser la morbidité et la mortalité liées aux épidémies et catastrophes au sein des populations affectées	80 000	20 000	20 000	20 000	20 000
	Résultat stratégique 2.3.5 : L'hygiène individuelle et collective est améliorée de manière efficace.	813 900	446 100	122 600	122 600	122 600
<p>Objectif stratégique 2.4 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière</p>	<p>Résultat stratégique 2.4.1 : La couverture géographique a augmenté avec une attention particulière aux zones désertées, peu peuplées, nomades ou enclavées ; La recherche action en santé communautaire est développée ; Les soins et les services de santé sont mieux organisés au niveau de toutes les formations sanitaires pour faciliter leur accès aux patientes et patients ; La qualité et la performance des services du premier échelon sont améliorées ; La Cyber Santé est mise à échelle pour améliorer la qualité du</p>					
	554 840	138 710	138 710	138 710	138 710	

	équitable et répondant aux besoins des populations	diagnostic et de la prise en charge des maladies, la formation, le système d'information sanitaire et la recherche ; Les capacités techniques du dispositif de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux retenu sont renforcées. (D'ici à fin décembre 2023, le taux d'utilisation des services (nc/hbt/an) est de 50%)	0	0	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique 2.4.2 : Les infrastructures et équipements sont développés suivant les normes requises ; l'approche communautaire pour la création et le fonctionnement des CSCom et autres structures communautaires de promotion de la santé est réhabilitée et renforcée (D'ici à fin décembre 2023, le taux de disponibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCom est d'au moins 40%)	1 975 400	323 975	525 475	585 475	540 475		
		Résultat stratégique 2.4.3 : Le développement et la promotion de la médecine traditionnelle est assurée de manière adéquate	0	0	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique 2.4.4 : D'ici à fin décembre 2023, 15 hôpitaux de district sont créés	2 221 160	535 290	575 290	555 290	555 290		
PRO GRA MME 3 :	Objectif stratégique 3.1.1 : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de	Résultat stratégique 3.1.1 : La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels sont davantage améliorées ; les mécanismes de financement et d'acquisition des produits pharmaceutiques sont améliorés. (D'ici à fin décembre 2023, le taux de disponibilité des 12 médicaments du panier est de 100%)	28 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000

Conso mmab les et Acces sibilit é Finan cière aux Soins de Santé et Partici pation	laboratoire, les vaccins.	<i>2023, le taux de disponibilité des médicaments essentiels dans le secteur privé est de 98%</i>	1 250 000	1 250 000	0	0	0
		Résultat stratégique 3.1.3 : Des vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie sont disponibles de manière permanente à tous les niveaux. (D'ici à fin décembre 2023, il n'y a pas de jour de Rupture des vaccins)	5 387 120	1 261 780	1 324 780	1 387 780	1 412 780
		Résultat stratégique 3.1.4 : Les produits sanguins et dérivés sont disponibles à tous les niveaux suivant les normes requises.	95 000	20 000	25 000	25 000	25 000
		Résultat stratégique 3.1.5: La disponibilité des analyses médicales de qualité et des dispositifs médicaux est améliorée.	10 000	2 500	2 500	2 500	2 500
		Résultat stratégique 3.1.6 : L'usage rationnel des médicaments est assuré	21 797 211	4 566 585	5 908 073	6 505 743	4 816 810
		Résultat stratégique 3.2.1 : La coordination et la régulation du secteur pharmaceutique sont renforcées.	0	0	0	0	0
PRO GRA MME 4 :	Objectif stratégique 3.2 : Assurer la réglementation pharmaceutique en matière des médicaments, des vaccins et des consommables	Résultat stratégique 3.2.2 : Le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique est renforcé	48 000	0	14 000	16 000	18 000
		Résultat stratégique 4.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de mortalité maternelle intra-hospitalière liée à l'accouchement est inférieur à 1%					

Soins hospitaliers et recherche	la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile	Résultat stratégique 4.1.2 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de mortalité néo-natale précoce intra-hospitalière est inférieur à 3,5%	125 000	15 000	43 000	49 000	18 000
		Résultat stratégique 4.1.3 : D'ici à fin décembre 2023, 100% de résultats d'études réalisées sur la santé de la mère et de l'enfant sont publiées	335 648	74 912	86 912	86 912	86 912
		Résultat stratégique 4.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de décès attribuée au paludisme grave parmi les enfants de 0 - 5 ans atteints de paludisme grave dans les EPH est inférieure à 2,5%	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 4.2 : Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies transmissibles et ceux liés aux maladies non transmissibles	Résultat stratégique 4.2.2 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de PV/VIH sous ARV est de 100%	65 000	20 000	15 000	15 000	15 000
		Résultat stratégique 4.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réussite de la chirurgie dans les EPH spécialisés (cataracte sénile simple, prothèses totales de la hanche, ostéosynthèses maxillo-faciaux) est de 100%	140 000	50 000	40 000	30 000	20 000
		Résultat stratégique 4.2.4 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de conformité de la gestion des déchets biomédicaux dans les EPH est de 100%	162 000	85 000	15 000	29 000	33 000
	Résultat stratégique 4.2.5 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'études scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé dont les résultats sont disponibles est de 100%.	56 372	14 093	14 093	14 093	14 093	
	Résultat stratégique 4.2.6 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de produits alimentaires	0	0	0	0	0	

PROGRA MMES DEVELOP PEMENT SOCIAL	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRA MME 1 : Administra tion, coordinatio n et décentralis ation	Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.	Résultat stratégique 1.1.1. : Ratios D'ici à fin décembre 2023, le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre	5 295 280	1 416 820	1 323 820	1 280 820	1 273 820
		Résultat stratégique 1.1.2. : Les ressources humaines sont plus performantes parce que mieux formées et mieux utilisées (D'ici à fin décembre 2023, la Proportion de Médecins généralistes ayant bénéficié de formation de spécialisation atteint 30%)	230 800	119 000	79 700	27 100	5 000
		Résultat stratégique 1.1.3. : Un système de motivation plus adéquat est mis en place pour augmenter le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la femme	4 591 134	1 433 213	969 907	1 055 607	1 132 407
	Objectif stratégique 1.2. : Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations	Résultat stratégique 1.2.1. : Les capacités techniques des différents niveaux sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données (D'ici à fin décembre 2023, tous les annuaires statistiques, SNISS, SLIS, SIH, SISO, SIFEF, SI-GRH sont produits pour la prise de décision).	552 000	168 500	134 500	122 000	127 000

sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire.	Résultat stratégique 1.2.2. : Le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social est renforcé pour une planification et une prise de décision plus efficaces (D'ici à fin décembre 2023, le taux de complétude de la saisie des données dans DHIS2 est de 100%)	200 000	100 000	100 000	0	0
	Résultat stratégique 1.2.3. : Les capacités institutionnelles et techniques pour la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche en santé et développement social ainsi que l'utilisation de leurs résultats sont renforcées	1 609 112	396 028	421 028	396 028	396 028
Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication	Résultat stratégique 1.3.1. : La collaboration et le partenariat entre les communautés, les collectivités, les services techniques, le secteur privé lucratif et non lucratif dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes sont renforcés (D'ici à fin décembre 2023, la proportion des réunions statutaires du Programme de santé tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur est de 100%)	386 400	88 100	91 100	99 100	108 100

<p>effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.</p>	<p>Résultat stratégique 1.3.2. : La décentralisation et la déconcentration au niveau du secteur santé, développement social et promotion de la famille sont mises en œuvre de manière efficace à tous les niveaux pour soutenir le développement socio-sanitaire (D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières sont transférées aux Collectivités Territoriales)</p>	485 452	111 181	117 969	124 757	131 545
		<p>Résultat stratégique 1.3.3. : Des ressources financières plus importantes sont mobilisées et allouées en tenant compte des disparités (D'ici à fin décembre 2023, 99% du budget du département sont exécutés)</p>	14 132 068	3 533 017	3 533 017	3 533 017
<p>Objectif stratégique 2.1.1. : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et</p> <p>PROGRA MME 2 : Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion</p>	<p>Résultat stratégique 2.1.1. : L'aide sociale et l'action humanitaire sont renforcées</p>	21 350 117	4 115 694	4 874 141	5 684 641	6 675 641
		<p>Résultat stratégique 2.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infrastructures socio collectives et productives réalisées est d'au moins 15%</p>	0	0	0	0

qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Promouvoir l'intégration socioéconomique des catégories sociales vulnérables)	<p>Objectif stratégique 2.2 : Promouvoir la mobilisation sociale de la population autour des programmes socio-sanitaires</p>	<p>Résultat stratégique 2.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, 10% de personnes ont assisté aux séances d'IEC</p> <p>Résultat stratégique 2.2.2 : D'ici à fin décembre 2023, au moins. % de groupes d'animation sont appuyés</p> <p>Résultat stratégique 2.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, au moins ...% de leaders d'opinion sont formés sur les activités de promotion de la santé.</p>	444 000	168 000	142 000	67 000	67 000
			82 000	17 000	24 000	17 000	24 000
			20 000	12 000	8 000	0	0
<p>PROGRA 3 : Renforcement de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire</p>	<p>Objectif stratégique 3.1.1 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure</p>	<p>Résultat stratégique 3.1.1 : La couverture maladie des populations est améliorée)</p> <p>Résultat stratégique 3.1.2 : la protection sociale est améliorée</p> <p>Résultat stratégique 3.1.3 : D'ici à fin décembre 2023, le taux d'augmentation des assurés sociaux des ISS est supérieur ou égal à 35%</p>	262 782 940	53 874 787	61 000 879	69 173 826	78 733 448
			100 535 490	19 057 481	24 974 593	26 704 377	29 799 039
			1 393 600	584 000	343 000	308 000	158 600

<p>accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Contribuer à assurer une meilleure couverture des prestations sociales)</p> <p>Objectif stratégique 3.2 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être</p>						
	158 000	49 000	40 000	40 000	29 000	
	6 900 000	1 000 000	1 800 000	2 000 000	2 100 000	
	8 413 440	1 504 000	1 680 240	2 586 480	2 642 720	
	3 353 605	775 106	965 801	822 079	790 619	
	<p>Résultat stratégique 3.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, au moins, % de nouveaux ménages les plus démunis sont couverts par les programmes de transferts sociaux</p> <p>Résultat stratégique 3.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, au moins ...% de personnes indigentes immatriculées seront prises en charge médicalement</p> <p>Résultat stratégique 3.2.3. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de l'économie sociale et solidaire ayant bénéficié d'appui (construction/réhabilitation, équipement, technique et/ou financier) est de 50%</p> <p>Résultat stratégique 3.2.4 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de l'économie sociale et solidaire fonctionnelles (sociétés</p>					

	plus efficaces (Contribuer à assurer la prise en charge sociale des couches les plus pauvres)	coopératives, mutuelles et ASACO) est de 100%						
PROGRA MME 4 : Lutte Contre la Pauvreté	<p>Objectif stratégique 4.1 : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Réduire la pauvreté des groupes vulnérables dans les communautés rurales et urbaines)</p>	<p>Résultat stratégique 4.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'infrastructures socio collectives et productives réalisées est d'au moins 15%</p>	320 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
			2 940 000	735 000	735 000	735 000	735 000	735 000
			436 175 438	89 337 927	103 438 695	114 856 832	128 541 984	

PROGRAMMES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
PROGRAMME 1 : Administration, coordination et décentralisation	<p>Objectif stratégique 1.1. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable.</p> <p>Objectif stratégique 1.2. Assurer la</p>	<p>Résultat stratégique 1.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, les services locaux de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille sont dotés de personnel conformément au cadre organique en vigueur.</p> <p>Résultat stratégique 1.1.2. : les collectivités assurent la prise en charge de X % du personnel qualifié du SLPFEF</p> <p>Résultat stratégique 1.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, le programme de formation continue des ressources humaines est mis en œuvre</p>	283 760	53 440	66 440	67 440	96 440
			170 000	25 000	39 000	51 000	55 000
			967 000	255 000	316 000	256 000	140 000
	Assurer la	Résultat stratégique 1.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, les annuaires statistiques (annuaire SIFE local)	1 106 000	269 000	274 000	279 000	284 000

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	production, la analyse, dissemination et l'utilisation d'informations sociales fiables ventilées par sexe et par âge à jour à partir des déterminants sociaux.	sont annuellement produits pour la prise de décision					
		Résultat stratégique 1.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le taux de complétude et de promptitude des données dans le SIFEF est de 100%	4 250 000	1 775 000	1 660 000	675 000	140 000
	Objectif stratégique 1.3. : Assurer une gouvernance du système de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique opérationnelle, une implication effective de toutes	Résultat stratégique 1.3.1. : D'ici à fin décembre 2023, les dix (10) réunions statutaires du PRODESS IV sont tenues conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur	610 000	100 000	125 000	165 000	220 000
		Résultat stratégique 1.3.2. : D'ici à fin décembre 2023, 100% des ressources financières à transférer sont mises à la disposition des Collectivités Territoriales	1 140 504	48 288	862 134	146 104	83 978
		Résultat stratégique 1.3.3. : D'ici à fin décembre 2023, 99% du budget mobilisé du SLPFEF sont exécutés	218 000	66 500	58 500	52 500	40 500

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	les prenantes, meilleure coordination mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.						
PROGRAM ME 2 : Promotion de la Femme	Objectif stratégique 2.1. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Développer la communication, l'identification, la prise en charge des cas de complications liés aux MGF/VBG)	Résultat stratégique 2.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, les activités de prévention des MGF/VBG sont promues Résultat stratégique 2.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes et filles victimes des VBG ayant bénéficié d'une prise en charge holistique (médicale, psycho-sociale, juridique et économique) est supérieur ou égal à 85% Résultat stratégique 2.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes appuyées dans les AGR est supérieur ou égal à 95%	1 876 405	519 475	475 250	324 157	557 523
			909 035	333 438	339 555	131 111	104 931
			2 060 000	515 000	515 000	515 000	515 000

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
		Résultat stratégique 2.1.4 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage cas de femmes et d'hommes formés est supérieur ou égal à 95%	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 2.2. : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique (Assurer une représentativité équitable des femmes et de leurs associations dans les instances chargées de prévenir, de réguler et de résoudre les conflits).	Résultat stratégique 2.2.1 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de représentativité des femmes dans les organes de prévention et de résolution des conflits est supérieur ou égal à 30%	36 000	6 000	12 000	12 000	6 000
		Résultat stratégique 2.2.2 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes formées dans les organes de prévention et de résolution des conflits est de 100%	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique 2.2.3 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de femmes aux postes électifs et nominatifs est supérieur ou égal à 30%	684 000	394 000	210 000	40 000	40 000

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	Objectif stratégique 2.3. : Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Développer des programmes appropriés pour soutenir l'équipement et la formation en vue d'accompagner la promotion de	Résultat stratégique 2.3.1 : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations de femmes ou de Petites et Moyennes Entreprises (PME/PMI) ayant accès aux équipements et aux infrastructures de production a atteint 50%	200 000	50 000	50 000	50 000	50 000
		Résultat stratégique 2.3.2 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réussite des Activités Génératrices de Revenu (AGR) et des PME/PMI des femmes est au moins de 30%	0	0	0	0	0

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	l'entreprenariat féminin dans les zones rurales et urbaines)						
	Objectif stratégique 2.4. : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle (Assurer le	Résultat stratégique 2.4.1 : D'ici à fin décembre 2023, le taux de réalisation des missions de suivi des activités est de 100%	511 600	310 400	60 400	70 400	70 400
		Résultat stratégique 2.4.2 : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de projets programmes suivis est de 100%	0	0	0	0	0

PROGRAMME	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	suivi de la mise en œuvre efficace et efficiente des projets et programmes au niveau décentralisé)						
PROGRAMME 3 : Promotion de l'enfant et de la famille	<p>Objectif stratégique 3.1. : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du</p>	<p>Résultat stratégique 3.1.1 : D'ici à fin décembre 2023, 70% des cadres de concertation sur l'enfant et la famille sont fonctionnels</p>	80 000	15 000	20 000	20 000	25 000
		<p>Résultat stratégique 3.1.2 : D'ici à fin décembre 2023, au moins 70% des institutions éducatives et de protection pour enfants sont fonctionnelles</p>	80 000	15 000	20 000	20 000	25 000

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	contrôle (Créer un environnement juridique institutionnel favorable au plein épanouissement et au développement harmonieux de l'enfant)						
	Objectif stratégique 3.2. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer les connaissances sur les droits et devoirs des enfants et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes)	Résultat stratégique 3.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnes formées sur les droits des enfants est d'au moins 10%	34 000	6 000	8 000	10 000	10 000
		Résultat stratégique 3.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage des recherches opérationnelles sur la situation des enfants victimes de VAEN	0	0	0	0	0

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	Objectif stratégique 3.3. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer la lutte contre VAEN)	Résultat stratégique 3.3.1 : D'ici à fin décembre 2023, 70% d'enfants victimes de Violence, d'Abus d'Exploitation et de Négligence (VAEN) y compris ceux en situation d'urgence sont pris en charge	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 3.4. : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Promouvoir des activités de loisirs, artistiques et socioculturelles en faveur des enfants et leur participation)	Résultat stratégique 3.4.1 : D'ici à fin décembre 2023, au moins X% des enfants de 12 à 17 ans ont participé aux cadres d'expression pour enfants	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 3.5. : Promouvoir un	Résultat stratégique 3.5.1. : D'ici à fin décembre 2023, la proportion de ménages informés sur la socialisation	0	0	0	0	0

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé (Renforcer la fonction socialisante de la famille)	et la responsabilité parentale est d'au moins 30%					
		Résultat stratégique 3.5.2. : D'ici à fin décembre 2023, 100% des ménages vulnérables identifiés sont pris en charge	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique 3.5.3. : D'ici à fin décembre 2023, le taux de satisfaction de cas de médiations familiales réalisées est supérieur ou égal à 75%	0	0	0	0	0
PROGRAM ME 4 : Fonds d'Appui à l'Autonomisa tion de la Femme et à l'Épanouisse ment de l'Enfant (FAFE)	Objectif stratégique 4.1. : Développer un système de financem ent permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé,	Résultat stratégique .4.1.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'organisations féminines équipées en matériel et infrastructures de production est de 80%	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique .4.1.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de projets générateurs de revenus financés est de 100%	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique .4.1.3. : D'ici à fin décembre 2023, la proportion d'emploi créée dans le cadre des projets	0	0	0	0	0

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces (Accroître le potentiel économique des femmes)	financés par le fonds est de 60% pour les femmes et 30% pour les hommes					
	Objectif stratégique 4.2. : Contribuer au développement du leadership des femmes dans la vie publique et politique	Résultat stratégique .4.2.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de personnes formées est supérieur ou égal 95% Résultat stratégique .4.2.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'emplois crée est supérieur ou égal 85% Résultat stratégique .4.2.3. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'entreprises crée par les femmes est supérieur ou égal 75%	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 4.3. : Contribuer à	Résultat stratégique .4.3.1. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage de projets financés en faveur de	130 000	30 000	30 000	40 000	30 000
			0	0	0	0	0

PROGRAM MES FEMME, ENFANT ET FAMILLE	Objectifs stratégiques	Résultats stratégiques	Coûts estimatifs (000)	2020	2021	2022	2023
	l'Epanouissement de l'enfant	l'épanouissement des enfants est de 100%					
		Résultat stratégique .4.3.2. : D'ici à fin décembre 2023, le pourcentage d'enfants réinsérés est supérieur ou égal 75%	0	0	0	0	0
	Objectif stratégique 4.4. : Assurer le suivi- évaluation des activités du PAAFE	Résultat stratégique .4.4.1. : D'ici à fin décembre 2023, le taux d'exécution du plan de mission de suivi et supervision est supérieur ou égal 90%	0	0	0	0	0
		Résultat stratégique .4.4.2. : D'ici à fin décembre 2023, le Taux de mise en œuvre des recommandations issues des missions de suivi et de supervision est supérieur ou égal 80%	0	0	0	0	0

