

# REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

## GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU MALI

Proposition de soutien au Renforcement du Système de Santé (RSS) du Mali

Soumise à :

L'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)

(Version finale)

Février 2008

SECRETARIAT PERMANENT DU PRODESS

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé

Tél : (223) 223 27 25 – Fax (223) 223 27 26 – Email : [cpssante@cpssantemali.org](mailto:cpssante@cpssantemali.org)

*Une version électronique de ce document est disponible sur le site Web de GAVI Alliance ([www.gavialliance.org](http://www.gavialliance.org)) et fournie sur CD. Il est fortement recommandé de soumettre les propositions par courrier électronique, y compris les documents scannés comportant les signatures nécessaires. Veuillez envoyer la proposition remplie à :*

**Mr Craig Burgess**

*Administrateur principal des programmes, RSS*

*Secrétariat de GAVI Alliance aux soins de l'UNICEF, Palais des Nations*

*1211 Genève 10, Suisse*

**Courrier électronique : [cburgessgavialliance.org](mailto:cburgessgavialliance.org)**

*Merci de vous assurer que la proposition a été reçue par le Secrétariat de GAVI à la date limite indiquée. Les propositions reçues après cette date ne seront pas considérées pour cette session d'examen. GAVI ne sera pas tenue responsable des retards dans la distribution ou du défaut de distribution des propositions par des sociétés de coursiers.*

*Tous les documents et annexes doivent être soumis en anglais ou en français. Toutes les informations requises doivent être incluses dans ce formulaire de proposition. Le Secrétariat de GAVI n'acceptera aucun document à part comme faisant partie de la proposition. Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de retourner les documents et les annexes soumis aux pays. Sauf indication contraire, les documents pourront être portés à la connaissance des partenaires de GAVI, de ses collaborateurs et du public*

# SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	3
RÉSUMÉ .....	5
PREMIERE PARTIE: PROCESSUS D'ELABORATION DE LA PROPOSITION .....	8
2EME PARTIE : INFORMATION GENERALE SUR LE MALI .....	13
3EME PARTIE : ANALYSE DE SITUATION/EVALUATION DES BESOINS .....	23
4EME PARTIE: BUTS ET OBJECTIFS DU SOUTIEN DE GAVI AU RSS .....	38
5EME PARTIE : ACTIVITES DU SOUTIEN DE GAVI AU RSS ET CALENDRIER D'EXECUTION .....	40
6EME PARTIE : SUIVI, EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....	45
7EME PARTIE : DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE .....	56
8EME PARTIE : COUTS TE FINANCEMENT DU SOUTIEN DE GAVI AU RSS .....	62
9 <sup>EME</sup> PARTIE : ADOPTION DE LA PROPOSITION .....	69
ANNEXE 1 : DOCUMENTS D'APPUI A LA PROPOSITION POUR UN SOUTIEN DE GAVI AU RSS .....	71
ANNEXE 2 FORMULAIRE BANCAIRE.....	72
ANNEXE 3. ACTIVITES PRINCIPALES AVEC LE CALENDRIER D'EXECUTION ET LES ENTITES RESPONSABLES...	75
ANNEXE 4. ACTIVITES PRINCIPALES AVEC LES ELEMENTS DE MISE EN ŒUVRE ET DE COUTS .....	77
ANNEXE 5. ELEMENTS DE BUDGET DETAILLE .....	80
ANNEXE 6. ELEMENTS DESCRIPTIFS DES ACTIVITES DU SOUTIEN DE GAVI AU RSS.....	88

## Abréviations et acronymes

AB	:	Appui Budgétaire
ABS	:	Appui Budgétaire Sectorielle
ACDI	:	Agence Canadienne de Développement International
AMM	:	Association des Municipalités du Mali
ARV	:	Anti-rétroviraux
ATR	:	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
BCEAO	:	Banque centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
AT	:	Assistance Technique
ASACO	:	Association de Santé Communautaire
CADD	:	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CDMT	:	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CPM	:	Chef de Poste Médical
CPN	:	Consultation Périnatale
CPS	:	Cellule de Planification et de Statistique
CROCEP	:	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes Sanitaires et sociaux
CTB	:	Cooperation Technique Belge
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CSCR	:	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	:	Cadre Stratégique pour la Lutte contre la Pauvreté
CSREF	:	Centre de Santé de Référence
CT	:	Collectivités Territoriales
DAF	:	Direction Administrative et Financière
DBC	:	Distribution à Base Communautaire
DHS	:	Demographic and Health Survey
DIU	:	Dispositif Intra-utérin
DMT	:	Division de la Médecine Traditionnelle
DNS	:	Direction Nationale de la Santé
DNRH	:	Direction Nationale des Ressources Humaines
DPM	:	Direction Pharmacie et Médicament
DRB	:	Direction Régionale du Budget
DRC	:	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	:	Direction Régionale de la santé
DTC	:	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche
DV	:	Dépôt de Vente
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EH	:	Etablissement hospitalier
EPH	:	Etablissement Public hospitalier
E.U	:	Etats-unis
FELASCOM	:	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FENASCOM	:	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FNUAP	:	Fond des Nations unies pour la Population
GAR	:	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GPSP	:	Groupe Pivot Santé-Population
HTA	:	Hypertension Artérielle
IEC	:	Information-Education-Communication

INRSP	:	Institut National de Recherche de Santé Publique
MATCL	:	Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales
ME	:	Médicament Essentiel
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MEIC	:	Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce
MF	:	Ministère des Finances
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MS	:	Ministère de la santé
MTA	:	Médicament Traditionnel Amélioré
ND	:	Non Disponible
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS	:	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDSC	:	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PDSSC	:	Plan de Développement Sanitaire et Social des Cercles
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planning Familial
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIC	:	Plan intégré de Communication
PMA	:	Paquet Minimum d'Activité
PNLT	:	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNRS	:	Politique Nationale de Recherche en Santé
PO	:	Plan Opérationnel
PPAC	:	Plan Pluriannuel Complet
PPM	:	Pharmacie Populaire du Mali
PPTTE	:	Pays Pauvre Très Endetté
PRODESS	:	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PV VIH	:	Personnes vivant avec le VIH
Qc	:	Québec
RAC	:	Réseau Administratif de Communication
RAS	:	Rien à Signaler
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RF	:	Ressources Financières
RH	:	Ressources Humaines
RSS	:	Renforcement du Système de santé
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SIH	:	Système d'Information hospitalier
SIMR	:	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SLIS	:	Système local d'Information sanitaire
SNIS	:	Système National d'Information sanitaire
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUC	:	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SRJA	:	Santé Reproductive des Jeunes Adultes
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UMPP	:	Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques
UNICEF	:	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
USA	:	United States of America
USAID	:	United States Agency for International Development

**A l'attention du proposant**

- *Veillez vous assurer que toutes les abréviations et tous les acronymes présentés dans la proposition et les documents d'appui de la proposition sont inclus dans la liste donnée ci-après.*

## **Résumé**

**A l'attention du proposant**

- *Veillez fournir un résumé de la proposition qui comporte le but et les objectifs de la proposition en vue d'un soutien de GAVI au RSS, les stratégies et activités principales qui seront entreprises, les résultats escomptés, la durée du soutien et le montant total des fonds demandés, ainsi que les données de base et les objectifs à atteindre pour les indicateurs prioritaires choisis.*
- *Veillez Indiquer le(s) personne(s) responsables de l'ensemble des activités et préparation de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS, et préciser le rôle et la nature du CCSS (ou son équivalent), ainsi que les intervenants ayant participé à l'élaboration de la proposition.*

La proposition du Mali, en vue du soutien de GAVI Alliance, pour le renforcement du système de santé, est une partie intégrante de la mise en oeuvre du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS II), deuxième tranche quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) du pays. Elle couvre trois ans, en ligne avec : a) la durée du PRODESS II (2005-2009), dont la prolongation jusqu'en 2011, fut approuvée par le Comité de Pilotage, pour le Comité de Suivi, lors de sa réunion du 13 février 2008 ; b) la durée du CSCRP (2007-2011) ; c) et celle du PPAc. (2007-2011). La finalisation dudit document de prolongation du PRODESS est en cours, conformément aux axes stratégiques du CSCRP.

Le but de cette proposition pour un soutien, est d'obtenir un système de santé effectif, accessible et équitable à tous. Les objectifs visent cinq domaines prioritaires sur les sept, du PRODESS: i) Le développement des Ressources humaines, ii) le renforcement de la qualité des services de santé, iii) le renforcement des capacités institutionnelles et la décentralisation, iv) le renforcement du système de suivi/évaluation, v) la recherche opérationnelle en santé.

Les principales activités proposées pour le renforcement du système de santé du Mali sont les suivantes :

- Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées, par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques.
- Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue.
- Former les équipes-cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en oeuvre du programme.
- Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelles et du coût des ordonnances.
- Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires.
- Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances, pendant les audits médicaux internes.
- Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact.
- Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition
- Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.
- Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté, pour prendre en charge les districts les moins performants.
- Veiller à l'application et évaluer la mise en oeuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.
- Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF).
- Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet).
- Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO.
- Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé.
- Réviser le SNIS en vue d'intégrer les données de l'ensemble des domaines et des acteurs, y compris les données hospitalières et du secteur privé et certains indicateurs sur la nutrition liés à la pauvreté.
- Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé.
- Améliorer la qualité des supervisions intégrées (guide, formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.).
  - Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées.
  - Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.

- Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM.
- Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé.
- Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée.
- Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement.

La proposition vise l'ensemble des CSCOM et des districts sanitaires que couvrent les huit régions du Mali et le district de Bamako, capitale du pays, particulièrement dans les zones pauvres, très pauvres et défavorisées.

Les résultats espérés concourent à l'amélioration de la couverture vaccinale, une augmentation de la qualité de l'offre des services de soins de santé et un accroissement dans l'utilisation des services, dans toutes les zones concernées.

Cette proposition en vue du soutien de GAVI au renforcement du système de santé couvre le quatrième trimestre de l'année 2008 (année de la proposition), les années 2009, 2010 et 2011.

**Le montant total demandé à GAVI est d'environ quatre millions sept cent soixante quatre mille dollars des Etats-unis (4 764 000 \$ E.U).**

Le processus d'élaboration de cette requête a été coordonné par la cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la santé, sous l'égide du Comité de pilotage, pour le Comité de suivi du PRODESS.

Les responsabilités du Comité de pilotage, pour le Comité de suivi du PRODESS sont : i) la validation et l'adoption du document de proposition ; ii) la validation des plans de travail, pour la mise en œuvre des fonds de GAVI ; iii) l'approbation des plans d'action annuels des activités financées par GAVI ; iv) la supervision et le monitoring de ces fonds du soutien de GAVI au renforcement du système de santé. Le Comité de suivi du PRODESS est l'instance suprême de coordination du secteur de la santé au Mali. Dans le cadre du processus d'élaboration de cette proposition, il a donné mandat au comité de pilotage, au sein duquel, toutes les instances sont représentées. A son tour, le comité de pilotage a délégué une commission technique chargée d'élaborer la présente proposition.

Les entités impliquées dans le processus d'élaboration de la proposition sont principalement : i) la CPS/MS, ii) la DNS/MS, iii) la DAF/MS, iv) le Centre National d'Immunisation, v) le MF, vi) le MEIC, vii) le GPSP, viii) la FENASCOM, ix) le secteur privé lucratif (Ordre des médecins du Mali, Ordre des Sages-femmes du Mali, Ordre des Pharmaciens du Mali), x) l'OMS, xi) l'UNICEF.

Concernant les ONG, elles ont été non seulement parties prenantes du processus d'élaboration de la proposition (à travers le GPSP, qui est le consortium des ONG au Mali, avec le Groupe Pivot Développement social), mais aussi seront impliquées activement dans la phase de mise en œuvre du soutien.

S'agissant de la FENASCOM, elle a également participé de façon active, à toutes les étapes du processus d'élaboration de la proposition. A travers ses entités locales, comme les FELASCOM et les ASACO, elle participe à la gestion de l'ensemble du système au niveau du pays.

## Première Partie: Processus d'élaboration de la proposition

### A l'attention du proposant

- Veuillez décrire dans cette partie le processus d'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS.
- Veuillez commencer par la présentation de votre Comité de coordination du secteur de la santé ou son équivalent. (tableau 1.1)

### 1.1 Le CP-CS du Secteur Santé

- Nom : **Comité de Pilotage (CP)**, pour le Comité de Suivi (CS) du PRODESS.
- Le CS- CP s'acquitte de l'ensemble de ses tâches depuis février 2001 (décret No 01 – 115/PM-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du Programme de développement sanitaire et social. Il est l'instance suprême de coordination du secteur de la santé au Mali.
- Structure (par exemple, sous-comité, organisme indépendant) : **Commission Technique**.
- Fréquence des réunions <sup>1</sup>: **Comité de Pilotage/Comité de Suivi: 1 fois/mois (GAVI) sinon 1 fois/2 mois**  
**Commission Technique : 1 fois/semaine**
- Rôle et Fonctions (décret No. 01 – 115/PM-RM du 27 février 2001) :

- **Le Comité de suivi (CS) du PRODESS.** Placé sous l'autorité des ministres chargés de la Santé et du Développement Social, le Comité de Suivi est l'organe de suivi du PRODESS. A ce titre, il est chargé de : i) Définir les orientations relatives à la mise en œuvre et à l'évaluation du PRODESS ; ii) promouvoir le dialogue entre le Gouvernement et ses partenaires, dans la mise en œuvre du PRODESS ; iii) évaluer l'état d'avancement du PRODESS et indiquer des solutions aux problèmes rencontrés dans sa mise en œuvre ; iv) approuver les rapports d'activités et les programmes opérationnels annuels du PRODESS ; v) examiner les rapports du Comité technique du PRODESS ; vi) approuver les plans de développement sanitaire des cercles ; vii) faire rapport au Comité Interministériel pour la promotion de la santé et de l'action sociale. Il se réunit une fois par semestre sur convocation de ses présidents et chaque fois que de besoin est.

- **Le Comité Technique (CT) du PRODESS.** Sous l'autorité des Secrétaires Généraux des Ministères chargés de la santé et du Développement Social, le Comité Technique est l'organe technique de coordination du PRODESS. A ce titre il est chargé de : i) préparer les sessions du Comité de Suivi ; ii) s'assurer sur le plan technique, de la cohérence des Plans de Développement sanitaire et Social des Cercles (PDSSC) ; iii) examiner l'état d'avancement du programme opérationnel et donner des directives pour la préparation des programmes opérationnels ; iv) examiner le point de l'exécution des budgets alloués à chaque niveau conformément aux orientations du Comité de suivi et faire des propositions d'allocation de budget ; v) examiner toute questions relatives aux programmes spécifiques et étudier les conditions de leur intégration ; vi) faire rapport au Comité de suivi sur l'ensemble des questions. Il se réunit une fois par trimestre sur convocation de ses Présidents et chaque fois que de besoin. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel.

- **Le Comité de Pilotage (CP) du PRODESS.** Il est également co-présidé par le Secrétaire Général du MS et le Secrétaire Général du MDSSPA. Il regroupe les services techniques centraux des deux départements et ceux des PTF, ainsi que les représentants de la société civile. Il se tient tous les deux mois et chaque fois, que de besoin, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglement, les contraintes et les obstacles.

<sup>1</sup> Les comptes-rendus du CCSS concernant le soutien au RSS, y compris le compte-rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition a été adoptée, doivent être joints à la proposition, comme documents d'appui. Les comptes rendus doivent être signés par le président du CCSS. Le compte-rendu de la réunion d'adoption de cette proposition pour le soutien de Gavi au RSS doit être signé par tous les membres du CCSS.

### A l'attention du proposant

- *Veillez décrire ensuite le processus suivi par votre pays pour élaborer la proposition pour un soutien de GAVI au RSS (tableau 1.2).*

## 1.2 Synthèse du processus d'élaboration de la proposition

### A l'attention du proposant

Qui a coordonné et supervisé le processus d'élaboration de la proposition ?

C'est le Directeur de la Cellule de Planification et de statistique (CPS) du Ministère de la santé.

Qui a dirigé la rédaction de la proposition ?

C'est le point focal délégué à cet effet, par le Ministère de la Santé, d'une grande expérience internationale, et qui est un cadre de la CPS. Une Assistance Technique a-t-elle été fournie ? **OUI**

Veillez décrire le processus chronologique succinct des activités, réunions et séances d'examen qui ont précédé la soumission de la proposition :

- Le processus d'élaboration de la proposition commença le 23 octobre 2007 par le compte rendu dudit processus aux deux ministres (Santé et développement social), par le Directeur de la CPS/Santé, lors de la réunion du Comité de suivi du PRODESS II. L'idée fut adoptée et l'autorisation de débiter le processus fut donnée.
- le 30 novembre 2007 : Constitution de la Commission technique (groupe technique) d'élaboration de la proposition. La Commission technique a élu en son sein, un noyau de cinq membres, en charge de la collecte de l'information pertinente, de la rédaction de tous les drafts pour chacune des neuf (9) étapes de la proposition et les soumettre une fois par semaine à la validation de la Commission technique, au cours des réunions organisées à cet effet, par la cellule de Planification du MS (Secrétariat permanent du PRODESS).
- le 5 décembre 2007, a eu lieu la première réunion du Comité de Pilotage, pour le Comité de suivi du PRODESS. L'objet de cette réunion était d'échanger sur le processus de préparation de la Requête, valider la proposition des membres de la commission technique d'élaboration.
- Le 6 décembre 2007, le Noyau des cinq (5) membres (Noyau dur) a entamé la recherche documentaire et l'élaboration du 1<sup>er</sup> draft relatif aux deux premières parties de la proposition.
- Le 14 décembre 2007, le processus d'élaboration de la requête GAVI au RSS fut présenté aux PTF du secteur de la santé, lors de leur réunion mensuelle.
- Le 17 décembre 2007, s'est tenue la deuxième réunion de la Commission technique, avec comme objet, l'échange d'information sur le processus et validation des drafts proposés par le noyau dur de la commission technique.
- le 26 décembre 2007, a eu lieu la troisième réunion de la Commission technique. L'objet de ladite réunion était de valider les draft rédigés sur les 3 premières parties de la proposition.
- Le 3 janvier 2008, fut tenue la quatrième rencontre de la Commission technique. L'objet de ladite réunion était de valider la quatrième partie du document de proposition.

- Le 10 janvier 2008. La commission technique a tenu sa cinquième réunion ordinaire au cours de laquelle, les quatrième, sixième et septième parties du document de proposition furent validées.
- Les 15, 16, 17, 18 janvier 2008, des ateliers de finalisation au plan technique furent organisés à Selingué (Mali). Lesdits ateliers ont regroupé l'ensemble des membres de la Commission technique. L'objectif général des ateliers était de finaliser sur le plan technique, le document de proposition du Mali pour le soutien de GAVI au RSS, document présenté au Comité de Pilotage le 13 février 2008, lors d'une réunion organisée à cet effet. Les objectifs spécifiques des ateliers étaient de : i) Sélectionner les activités qui sont attribuables au financement GAV et en fonction de l'enveloppe globale ; ii) Mettre en cohérence les objectifs, les obstacles, les activités et les indicateurs ; iii) Veiller à la cohérence de l'appui GAVI avec les autres appuis des autres partenaires.

Les Résultats attendus étaient qu'à la fin des ateliers : i) Le document de proposition du Mali, en vue du soutien de GAVI au RSS est finalisé selon le format requis; ii) La proposition en deux pages (1500 mots) de l'appui au Système de Santé sur financement IHP est disponible.

- Du 21 janvier au 7 février 2008, les Membres du Noyau dur de la Commission technique ont travaillé sur la consolidation du document technique en y intégrant toutes les recommandations des ateliers, celles du directeur de la CPS, et en procédant à la mise en forme, avant la réunion d'approbation du Comité de Pilotage, pour le Comité de Suivi du PRODESS.
- Le 13 février 2008 a eu lieu, la réunion du comité de pilotage du PRODESS. Ladite réunion a validé le document de proposition.
- Du 13 au 14 février 2008, les commentaires/suggestions des membres du comité de pilotage du PRODESS, furent intégrés au document de proposition.
- Du 15 au 22 février 2008, le document de proposition fut examiné par les pairs.
- Du 25 au 26 février 2008, furent intégrés au document de proposition, les commentaires/suggestions des pairs.
- Qui est intervenu dans l'examen de la proposition, et quelles en ont été les modalités ?  
 Dr Jean Pierre Noterman, Conseiller Santé de l'Ambassade de Belgique au Mali  
 Dr Mamadou Adama Kané, Inspecteur en chef de la santé, Ministère de la Santé du Mali  
 Dr Mountaga Bouaré, ancien médecin directeur national adjoint de la santé du Mali
- Qui a approuvé et adopté la proposition avant qu'elle ne soit soumise au Secrétariat de GAVI ?  
 C'est le Comité de Pilotage/Comité de Suivi du PRODESS. Après approbation du comité de pilotage, le document de proposition fut soumis à la signature du Ministre de la santé et du Ministre des finances.

### A l'attention du proposant

• Veuillez décrire en page suivante les rôles et responsabilités des partenaires-clés associés à l'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS (tableau 1.3).

Note : Veuillez vous assurer que tous les partenaires-clés figurent dans la description : le ministère de la santé, le ministère des finances, le programme de vaccination, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les comités de coordination concernés, les ONG et la société civile et en fin les collaborateurs du secteur privé. S'il n'y a pas eu de participation de la société civile ou du secteur privé dans l'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS, veuillez en expliquer les raisons ci-dessous (1.4).

### 1.3 Rôle et responsabilités des partenaires-clés (membres du CP et les autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CP Oui/Non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en oeuvre du soutien de GAVI au RSS
M. Oumar Ibrahima TOURE Ministre de la santé du Mali	Ministère de la santé	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li><li>• Etablissement des contrats avec les consultants internationaux</li></ul>
M. Abou Bakar TRAORE Ministre des finances	Ministère des finances du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li></ul>
Mme Bah Fatoumata Nene SY Ministre de l'Economie, de l'Industrie et du commerce	Ministère de l'Economie, de l'industrie et du Commerce	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li></ul>
Dr.Fatoumata Binta DIALLO Représentant Résident OMS Mali	OMS	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li><li>• Etablissement des contrats avec les consultants internationaux</li></ul>
M.Marcel RUDASINGWA Représentant Resident UNICEF Mali	UNICEF	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li></ul>
M. Alassane Diawara Représentant Résident de la Banque Mondiale au Mali	Banque Mondiale	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Établissement des contrats avec les conseillers internationaux</li><li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li></ul>
M. Yves PETILLON Représentant de la Coopération Canadienne au Mali	ACDI	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li><li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li></ul>
Dr. Mamadou DIALLO Représentant Résident du FNUAP au Mali	FNUAP	Oui	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation et appui technique ;</li><li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M. Paul Van IMPE Représentant de la Coopération Belge au Mali	CTB	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M.Souleymane DOLO Directeur du GPSP	GPSP	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M. Fadiala KEITA Président FENASCOM	FENASCOM	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>

#### **A l'attention du proposant**

- *Dans le cas où le CCSS souhaiterait faire plus de commentaires ou aurait des recommandations à faire concernant la proposition pour un soutien de GAVI au RSS au Secrétariat de GAVI et au Comité d'examen indépendant, veuillez le faire ci-dessous :*
- *S'il n'y a pas eu de participation de la société civile ou du secteur privé, veuillez en donner les raisons et indiquer si ces derniers seront appelés à jouer un rôle dans la prestation de services ou le plaidoyer dans le cadre de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS.*

1.4 Autres commentaires sur le processus d'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS : RAS

## 2eme partie : Information générale sur le Mali

### A l'attention du proposant

- *Veillez fournir les informations démographiques et socio-économiques les plus récentes dont vous disposez sur votre pays. Merci de préciser les sources des dates et données fournies (tableau 2.1).*

### 2.1 Informations socio-démographiques et économiques les plus récentes sur le Mali (2)

Informations	Valeur	Informations	Valeur
Population	11. 988 631 habitants* (source : RGPH, 1998)	RNB par habitant	440 USD (source : Banque Mondiale 2007)***
Cohorte de naissances annuelles	493 683 * (source : DNSI/Mali 1998)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	191/1000 EDS IV (2006)
Nourrissons survivants**	479 647 (source rapport situation GAVI 2006)	Taux de mortalité infantile	96/1000 Naissances Vivantes (EDS IV, 2006)
Pourcentage du RNB alloué à la santé	6,8% (2005) Outil PPAC 2005	Pourcentage des dépenses du gouvernement au titre de la santé	10,18% (2005) Outil PPAC 2005

<sup>2</sup> Si la proposition identifie des activités à accomplir au niveau infranational, des données infranationales, doivent être fournies quand elles sont disponibles. Ces données sont à fournir en plus des données nationales

\* Données actualisées du RGPH de 1998 - Projection pour 2006, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,8%) ; Perspectives 2005-2010.

\*\*Nourrissons survivants = nourrissons encore en vie à l'âge de 12 mois

\*\*\* L'objectif d'une réduction d'un quart de la pauvreté pendant la période 2001-2006 et visant à ramener ce niveau à 47,5% en 2006 n'a donc pas été atteint. L'analyse dénote un écart significatif entre le milieu rural (73,0%) et le milieu urbain (20,1%). En revanche, la pauvreté en milieu urbain s'est atténuée, l'incidence de la pauvreté urbaine étant passée de 26,2% en 2001 à 20,12% en 2006, soit une baisse de plus de 6 points. Ainsi, le faible niveau de réduction de la pauvreté au cours du CSLP I s'explique par la faible maîtrise de la croissance démographique, l'insuffisance du taux de croissance de l'économie malienne, la répartition inégale des fruits de la croissance, et le faible accès aux services de base (CSLP 2eme génération 2007-2011). Quant au RNB, toutefois, exprimé en F CFA par habitant, qui était de 250 USD en 2002, n'a pas progressé. Si le RNB est passé à 440 USD en 2006, c'est dû à la dévaluation du dollar américain par rapport au F CFA qui est une monnaie forte et stable.

**A l'attention du proposant**

- *Veillez fournir un résumé succinct du Plan du secteur de la santé de votre pays (ou son équivalent) qui comporte les objectifs principaux du plan, les forces et faiblesses principales identifiées lors d'analyses du secteur de la santé, ainsi que les domaines prioritaires pour une amélioration future (tableau 2.2).*

## 2.2 Résumé synthèse du Plan du secteur de la santé du Mali, qui comporte les objectifs principaux du plan, les forces et les faiblesses principales identifiées ainsi que les domaines prioritaires pour une amélioration future

### 2.2.1 Fondements politiques et Institutionnels, Plans et Orientations stratégiques

Le Mali a adopté en 1990, une politique sectorielle de santé et de population qui est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'Initiative de Bamako. Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Un Plan décennal de développement sanitaire et Social (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. Le PDDSS est exécuté en Quinquennats dont la deuxième phase (PRODESS II) est en cours d'exécution. Le décret n° 01/115/PM-RM du 27 février 2001 définit les missions des différents organes en charge de l'orientation, de la coordination et de l'évaluation du PRODESS.

Pour atteindre les objectifs de la politique sectorielle de santé, les stratégies suivantes ont été énoncées : i) la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ; ii) la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique; iii) la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ; iv) la promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire complémentaire du système public.

Pour étendre la couverture sanitaire, la politique sectorielle a opté pour les Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Elle a adopté comme stratégie majeure de faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique vers une plus grande fonctionnalité. Ainsi le rôle de planification, de programmation, de budgétisation et de mise en œuvre a été confié au niveau cercle, celui d'appui technique à la région et enfin celui d'appui stratégique et de développement des normes au niveau central. Chaque élément ou structure de ce dispositif est en liaison avec les autres et l'ensemble fonctionne comme un système efficace. L'extension s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la couverture géographique et d'accessibilité financière à des services de santé dont la qualité est garantie. Telle qu'envisagée, l'extension intéresse l'ensemble du système de santé de zone: i) le premier échelon est constitué par les CSCOM, les établissements de soins privés, et les établissements de médecine traditionnelle; ii) le deuxième échelon est constitué des centres de santé de référence de cercle; iii) le troisième échelon comprend outre, la Direction de zone sanitaire, les EPH régionaux.

En 2002, le Gouvernement du Mali s'est engagé dans l'élaboration d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui servira de cadre de référence aux politiques et stratégies de développement en matière de lutte contre la pauvreté. En effet, il est apparu nécessaire d'intégrer les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro économique cohérent. Ce document est le principal instrument de négociation avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF). C'est dans cet esprit, que le Département de la santé a révisé le PRODESS, en vue de l'harmoniser avec ce cadre de réduction de la pauvreté, à travers une analyse de la situation sanitaire et des liens entre la santé et la pauvreté. Cette analyse a permis de faire un certain nombre de constats et d'en déduire des orientations stratégiques pour la contribution du secteur santé au document de Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), dont la deuxième génération, dénommée Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCR 2007-2011) fut validée par le Gouvernement malien en novembre 2006.

Le Département de la santé du Mali a élaboré en 2003, le Cadre des Dépenses à Moyen terme (CDMT) du secteur santé. Ce CDMT est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le CSLP. Ainsi, les objectifs du CSLP visent à atteindre à long terme (2015) les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le CDMT s'inscrit dans le cadre des réformes de la gestion publique (Programme de Développement Institutionnel) en cours au Mali visant à améliorer la santé et faire reculer la pauvreté.

L'ampleur de la pauvreté varie selon le milieu de résidence (urbain, rural), le secteur d'activité (primaire, secondaire et tertiaire), l'âge et le sexe. Pour apprécier le lien entre l'état de santé des populations et l'utilisation des services de santé avec le degré de pauvreté, le pays a été divisé en zones selon le gradient de pauvreté. Ainsi les régions du Mali ont été regroupées en 3 zones selon le degré de pauvreté basée sur la proportion de pauvres vivants dans les régions (zone 1 : très pauvre, zone 2 moyennement pauvre et zone 3 moins pauvre). La zone 1 couvre les régions de Mopti, Koulikoro, Ségou, Sikasso ; cette zone abrite 66% de la population du Mali. La zone 2 couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal. Elle est trois fois moins peuplée que la zone 1 (21%). Le district de Bamako constitue la zone 3, il couvre 13% de la population.

La politique actuelle de décentralisation est en harmonie avec la lutte contre la pauvreté. Cette situation favorise la démocratie locale, la participation consciente de populations à l'exercice du pouvoir et au développement, à travers la gestion des collectivités territoriales et la prise en compte du genre.

Le PDDSS a pour objectif «l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays». Ses objectifs intermédiaires sont : « assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux et de santé de qualité ; réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies prioritaires; lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ; promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation ; accroître la performance des services de santé et d'action sociale ; garantir un financement équitable et durable des systèmes de santé et d'action sociale ». Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et urbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé. Ces priorités d'actions sont mises en œuvre à travers les sept (7) volets prioritaires (voir section 2.2.2) du PRODESS II, qui est la deuxième tranche quinquennale du PDDSS.

---

1) Ministère de la Santé du Mali (1998) : Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I)

## 2.2.2 Domaines (volets) prioritaires définis dans le cadre de la composante santé du PRODESS II (2eme tranche quinquennale du PDDSS)

La Logique des interventions, tout comme les résultats stratégiques de la composante santé du PRODESS II sont intimement liés aux objectifs et aux stratégies du CSLP/CSCR : la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des Infections respiratoires aiguës (IRA), des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles en répondant aux soins maternels, prénataux et obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

Celle-ci a été établie tout d'abord dans un cadre logique par volet. La méthodologie utilisée était celle de la GAR (Gestion axée sur les Résultats). A partir de la définition de l'effet spécifique de chaque volet, il a été défini les extrants. Chaque extrant est à réaliser à travers un certain nombre d'interventions (activités et investissements). Pour chaque effet spécifique et extrants un ou plusieurs indicateurs ont été définis.

La composante santé du PRODESS est donc articulée autour de sept (7) domaines prioritaires qui sont:

**i) L'accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires :** il s'agit d'améliorer cet accès aux soins primaires et de première référence, notamment dans les zones de pauvreté. Elle vise l'accès des populations à des soins de qualité à travers des stratégies spécifiques et ciblées qui rendront les services disponibles et accessibles dans les structures publiques, communautaires et privées avec un accent pour les zones pauvres, les zones déshéritées, et/ou d'accès difficile. Les trois niveaux de la pyramide ont été ainsi considérés en intégrant le privé dans le cadre d'un partenariat pour un développement sanitaire durable.

L'approche de mise en oeuvre sera systémique et aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, d'une part, et d'autre part à ces trois niveaux avec les services de santé privés dans le cadre de partenariat pour le développement sanitaire durable. Le but visé est d'obtenir une synergie d'action des services publics de santé au plan vertical en rapport avec la pyramide sanitaire et une collaboration au plan horizontal avec les structures de santé non publiques, dans le cadre d'un système de santé national complémentaire, capable d'assurer, à travers le système de référence, la prise en charge continue des utilisateurs des services de santé.

Les stratégies mises en oeuvre pour améliorer l'accès géographique aux services de santé sont développées autour de quatre axes majeurs et en partenariat avec les prestataires du secteur privé (ONG, associations et privés).

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

**ii) La disponibilité, la qualité et la gestion des ressources humaines.** L'emphase est mise sur la disponibilité de ressources humaines suffisantes compétentes, qualifiée et motivées, l'un des principaux garants de la qualité et de la continuité des services offerts à la population. Dans ce cadre, différentes stratégies furent développées, notamment : i) le recrutement de personnel contractuel (en particulier infirmiers polyvalents et médecins) par les communes sur les subventions des ressources PPTTE du secteur de la santé, ainsi que le recrutement par les collectivités décentralisées de personnels additionnels en particulier d'infirmiers et d'infirmières obstétriciennes pour lesquels existe aujourd'hui un déficit important ;ii) le renforcement des capacités de production en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations) ; iii) la formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels ; iv) l'instauration de système de motivation du personnel sanitaire fonctionnaire et contractuel à travailler dans les zones rurales en particulier les plus éloignées des centres urbains et les plus défavorisées : développement d'une stratégie d'incitation financière et non financière pour les travailleurs des zones défavorisées ; v) l'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance ; vi) la réalisation de logements d'astreinte pour les infirmiers et médecins des zones rurales défavorisées ; La disponibilité de matrones dans tous les centres de santé communautaire ; vii) la formation et recyclage des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des aides - soignants et des gérants au niveau des formations sanitaires ;

La formation des spécialistes en santé avec élaboration d'un programme de spécialisation des médecins et des techniciens spécialistes de santé afin de satisfaire les besoins des hôpitaux, des établissements spécialisés, des instituts de recherche.

**iii) la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.**

Il s'agit de rendre accessible à l'ensemble de la population malienne et de façon continue, toute la gamme des médicaments essentiels de qualité et à un coût abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elle utilise. Pour y parvenir, les stratégies ci-après furent développées, notamment : Le renforcement des capacités des structures de production des médicaments et de contrôle du secteur pharmaceutique ; la garantie de la qualité des médicaments et dispositifs médicaux ; l'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution des ME, vaccins et consommables médicaux ; le renforcement de DMT/INRSP à diversifier la recherche dans la mise au point des MTA et la production à large échelle des matières premières végétales ; la relance des activités de l'UMPP en orientant sa production vers les ME de base ; la formation du personnel ; l'IEC ; la subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, l'iode, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques ; la sécurité transfusionnelle à tous les niveaux.

**iv) l'Amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie.** Elle vise à créer, au niveau des districts sanitaires, les conditions et les aptitudes nécessaires pour assurer une production efficace et efficiente de santé aux populations notamment les plus défavorisées. Au cours du quinquennat, la capacité du personnel de santé et les plateaux techniques seront renforcés pour favoriser l'application des normes et procédures élaborées et diffusées pour une meilleure prise en charge des cas. L'emphase sur la population pauvre doit permettre i) la réduction de la mortalité neo-natale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des Infections respiratoires aiguës (IRA), des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; et ii) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux besoins en soins maternels, prénatals, obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

La lutte contre la maladie nécessitera les interventions communes comme : l'application des normes, procédures et directives techniques ; l'élaboration et la diffusion de certains modules de formation du personnel ; l'application des outils de supervision intégrée et des Normes et Procédures des soins de qualité; le renforcement de la prise en charge des cas référés ou évacués; le renforcement de la planification et de la programmation intégrée conformément au guide révisé; l'utilisation adéquate d'un système d'information sanitaire performant par niveau impliquant les différents secteurs et la société civile; la promotion de la recherche action sur les maladies ; la recherche action sur les mécanismes appropriés de gestion

**2.2.3 Planification/gestion de la mise en oeuvre et financement du PRODESS II.** Le PRODESS II est mis en oeuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali, la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre d'appui au développement et à la mise en oeuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les PTF, au lieu de financer des activités dans une logique de projet, cofinancent les activités d'un programme afin de garantir la cohérence de la politique de santé.

Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées, avec des objectifs communs (PRODESS), une planification commune, des structures/organes de gestion, des missions conjointes de suivi, des audits externes et des enquêtes.

Le Département de la santé du Mali a décidé d'allouer la nouvelle marge budgétaire aux sept domaines (ou volets) prioritaires (décrits dans section 2.2.2), dans son Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Cinq de ces volets sont destinés à lever les goulots d'étranglement par rapport à la production de santé au niveau des ménages, des communautés et du système des soins ; deux pour créer l'environnement politique, pour que cela puisse se faire.

Sur la base des stratégies de production de santé et de politique de santé qui ont été retenus dans le cadre logique du CDMT santé, il a été spécifié la marge budgétaire dont le Département de la santé devra disposer en rapport avec une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur: on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes les sources confondues de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2009.

Le CDMT donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus. Ce qui est innovant dans ce domaine, c'est l'abandon de la structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles. En perspectives, le CDMT (2008-2009) du secteur de la santé, déjà élaboré, et la deuxième phase du PRODESS (2005-2009), en cours d'exécution, permettront l'affectation et l'absorption davantage de ressources financières afin d'atteindre les objectifs du CSLP et les OMD dans le secteur de la santé. En effet, l'approche CDMT et l'élaboration du PRODESS II visent à corriger les principales faiblesses et goulots d'étranglement constatés au niveau de ce secteur et améliorer ses performances.

#### **2.2.4 Forces du système de santé** (3), (4), (5)

Le gouvernement du Mali a mis en place depuis plusieurs années un système de santé innovant basé sur une réelle participation et une prise de pouvoir des communautés dans la gestion de leurs CSCOM.

Les points forts de ce système se sont fait ressentir à tous les niveaux, notamment les politiques de santé, la gestion des ressources humaines, la participation active des différents acteurs, les infrastructures, la planification/gestion des activités et l'accès aux soins de santé. S'agissant des faiblesses du système, elles sont largement abordées dans la partie 3 de la proposition.

##### **Au niveau des politiques de santé :**

- La politique de santé est clairement définie par le département de la santé du Mali. Elle est cohérente. Sa pertinence est reconnue et les PTF y adhèrent.
- Il existe une réelle convergence entre la politique de santé et la politique de développement social, toutes deux intégrées en une seule politique sectorielle de développement socio-sanitaire.
- Un processus de décentralisation est en cours, même si actuellement, pour la santé la décentralisation concerne les compétences mais pas encore les ressources financières et humaines.

- 
- Le système de santé est assez réactif : des initiatives et des expériences intéressantes sont réalisées : mutuelles de santé, médecins de campagne, nouveau système de gestion et de financement d'un cercle de santé (expérience de Sélingué au Mali), etc. Mais ces expériences sont peu capitalisées.
  - La politique de prescription des médicaments sous forme DCI est de mieux en mieux acceptée par les prescripteurs, principalement au niveau des cercles, même si le recours aux spécialités est encore trop fréquent (principalement au niveau du privé et des hôpitaux de référence).

##### **En termes de ressources humaines:**

- La faculté de médecine forme un nombre important de médecins ainsi que l'institut de formation en sciences de la santé pour le personnel infirmier. En première analyse, le nombre absolu de prestataires de soins disponibles sur l'ensemble du pays semble suffisant. C'est leur répartition géographique, leurs compétences et leur motivation qui posent des difficultés.

##### **En ce qui concerne la participation des différents acteurs :**

- Les relations entre le MS et les PTF sont très bonnes et ouvertes. Le MS a mis en place un système efficace de modalités conjointes de suivi et d'échanges à travers, les supervisions conjointes intégrées, les missions conjointes de suivi, le comité technique, le comité de suivi et les réunions des PTF.
- Les grandes catégories d'acteurs sont regroupées au sein d'associations représentatives, PTF, ONG santé, Guérisseurs traditionnels, Population (FENASCOM qui a obtenu le statut d'institution d'utilité publique).
- La participation des communautés est bien structurée au niveau des aires et des cercles de santé (ASACO et FENASCOM).

---

(2) Décret 02- 314

(3) ESP-ULB (2007) : Forces et faiblesses du Système de santé du Mali

(4) Ministère de la Santé/SNV Mali (2005) : Rapport d'évaluation - Programme de renforcement des capacités des acteurs du PRODESS

(5) ETC Crystal – HERA – *Alter* (2002) : Rapport d'évaluation externe –PRODESS I

#### **En ce qui concerne les infrastructures :**

- La planification des infrastructures est quasi complète, excepté pour les CSCOM (785 CSCOM sur 1.070 programmés, principalement dans le Nord du pays où 50% des CSCOM doivent encore être construits), 59 hôpitaux de districts et 11 Hôpitaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> référence sur respectivement 1070, 59 et 11 prévus (mais dans le Nord du pays, 50% des CSCOM prévus doivent encore être construits).
- Un système de radio communication (RAC) entre CSCOM et Centres de Santé de Référence est opérationnel dans quasi tous les cercles de santé (même si l'entretien de l'équipement pose parfois problème).

#### **En ce qui concerne la planification et la gestion des activités :**

- La planification (PO, CROCEP) très développée est conduite suivant une approche de bas en haut effective, avec une réelle participation des prestataires, des gestionnaires, des PTF, des partenaires sociaux et des collectivités.
- Les programmes verticaux sont bien structurés, les stratégies sont définies et certains fonctionnent très bien (ex : le PNLT).
- Le concept de « gestion axée sur les résultats » sous-tend les efforts de planification.
- Les médicaments génériques et certains médicaments traditionnels améliorés sont en général disponibles au niveau des CSCOM et des Centres de Santé de Référence.
- Le système d'information sanitaire est très développé et permet d'assurer au niveau des centres de santé, un très bon suivi des résultats des programmes (utilisation, couverture sanitaire, etc.) et de la gestion selon les procédures décrites. Le système est assez bien maîtrisé par les prestataires. Il serait opportun d'intégrer des aspects qualitatifs (processus et qualité des soins). La qualité et la fiabilité des données hospitalières doivent être améliorée.
- La transparence et l'efficacité de la gestion des finances du secteur santé s'améliorent fortement.

#### **En termes d'accès aux soins de santé :**

- La couverture sanitaire (76% de la population vivant à moins de 15 km d'une structure de santé) s'est fortement améliorée.
- Des stratégies spécifiques (équipes mobiles polyvalentes, stratégies avancées) ont été mises en place pour les zones d'accès difficile ou à population mobile.
- Le gouvernement a fait un effort spécial pour diminuer le prix des médicaments génériques pour les rendre accessible à l'ensemble de la population.
- La référence des urgences obstétricales est organisée et la césarienne est gratuite pour la patiente (l'acte et les frais médicaux mais pas le transport).
- La chirurgie d'urgence est disponible dans la majorité des districts de santé : bloc chirurgical équipé avec médecin généraliste à compétence chirurgicale, oxygène et équipement de laboratoire pour pratiquer la transfusion. Mais la formation chirurgicale des médecins laisse parfois à désirer.
- La santé de la mère et de l'enfant a été améliorée : distribution gratuite sur toute l'étendue du territoire national, de moustiquaires imprégnées lors des CPN, gratuité du traitement du paludisme pour la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans.
- Décentralisation récente dans les régions et dans certains districts du dépistage VIH, mise à disposition et gratuité des antirétroviraux.

### 3eme partie : Analyse de situation/Evaluation des besoins

#### A l'attention du proposant

*Soutien de Gavi au RSS : Le soutien de GAVI au RSS ne peut pas s'attaquer à tous les obstacles présents dans le système de santé qui ont des répercussions sur les services de vaccination et les autres services de santé de la mère et de l'enfant. Le soutien de GAVI au RSS doit compléter et non se substituer ou faire double emploi avec les activités et les initiatives existantes (ou prévues) de renforcement du système de santé. Le soutien de GAVI au RSS doit cibler les "lacunes" existantes dans les tentatives en cours d'amélioration du système de santé.*

- *Veillez fournir les informations sur les évaluations les plus récentes du secteur de la santé qui ont identifié les contraintes et obstacles dans le système de santé. (tableau 3.1).*

*Note : Les évaluations pourraient inclure un bilan récent du système de santé (réalisé au cours des 3 dernières années), un rapport ou une étude récente des contraintes sectorielles, une analyse de situation (telle que celle qui a été réalisée pour le PPAC), ou toute synthèse de ces documents. Veuillez joindre les rapports de ces évaluations à la proposition (avec des résumés si vous en disposez). Merci de les numéroter et d'en faire la liste en annexe 1.*

*Note : S'il n'y a pas eu d'évaluation approfondie récente du système de santé (au cours des 3 dernières années), il faudra absolument effectuer un examen qui identifie et analyse les goulots d'étranglement principaux des systèmes de santé avant l'introduction de votre demande en vue d'obtenir un soutien de GAVI au RSS. Cet examen devra identifier les forces et faiblesses principales du système de santé et les points où il sera nécessaire de renforcer les capacités du système pour parvenir à améliorer la couverture vaccinale et à la maintenir au niveau atteint.*

### 3.1 Evaluations récentes du système de santé<sup>3</sup>

Titre de l'évaluation	Institutions impliquées	Domaines/Thèmes couverts	Dates
Forces et faiblesses du système de santé au Mali	ESP-ULB Ministère de la santé du Mali (30 acteurs dont 15 ont communiqué leurs avis/commentaires)	Forces du Système de santé au Mali Faiblesses du système de santé du Mali	Octobre 2007
Les Comptes nationaux de la Santé au Mali 1999-2004	Ministère de la Santé du Mali ; Banque Mondiale ; Coopération Française ; OMS ; USAID	i) Comptes nationaux de la santé, instrument de choix pour l'étude du financement de la santé ; ii) Evolution des dépenses de santé et structure de financement de la santé ; iii) Traits principaux du système de santé d'après les comptes nationaux de la santé 1999-2004 ; iv) Justifications utilisées dans le CSLP-composante santé et population et dans le CDMT ; v) Quelques aspects de la stratégie choisie dans le CDMT ; vi) Institutionnalisation des comptes nationaux de la santé.	Juillet 2006
CSLP 2eme Génération : 2007-2011 : Cadre Stratégique pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté	Gouvernement du Mali Système des Nations Unies	i) Evaluation du Cadre Stratégique pour la lutte contre la pauvreté (CSLP I) ; ii) Vision stratégique a long terme ; iii) Objectifs globaux et cadre Macro-économique ; iv) Orientations stratégiques ; Domaines d'interventions prioritaires ; v) Mise en œuvre, Suivi et Evaluation ; vi) Présentation du document CSLP II	Novembre 2006
Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV (Rapport Préliminaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ministère de la santé du Mali</li> <li>◆ Ministère du Plan et de l'Aménagement du territoire</li> <li>◆ Measure DHS, Macro international, Inc., Alverton, Maryland, USA</li> </ul>	Indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et des sous populations des femmes de 15 à 45 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 59 ans	Avril 2006
Revue externe du PEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ministère de la Santé du Mali ;</li> <li>◆ ICST-PEV OMS AO</li> <li>◆ UNICEF</li> <li>◆ USAID</li> </ul>	i) La Couverture Vaccinale (enfants 12-23 mois; enfants 0-11 mois) ii) L'aspect logistique du PEV ; iii) Le volet Communication ; iv) L'aspect institutionnel et financier	Août 2006
Profil de la vaccination au Mali : Analyse des iniquités de couverture vaccinale	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ministère de la Santé du Mali</li> <li>◆ Université de Montréal, Qc, Canada</li> </ul>	i) Taux de couverture vaccinale ; ii) Inégalités de couverture vaccinale en fonction des régions du Mali et du niveau socio économique de la famille ; ii) Evolution de la couverture vaccinale en fonction des EDS et des régions du Mali ; iii) Facteurs favorisant les iniquités de déperdition et leur évolution dans la région de Kayes	Septembre 2005
Profil sanitaire du Mali en 2005	OMS, Mali	i) Analyse de la situation sanitaire et ses relations avec les composantes du système (politique, économie, éducation) ainsi que leurs tendances; ii) Données des indicateurs	2005
Rapport de suivi de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le	Gouvernement du Mali Système des Nations Unies	i) Contexte national de développement ; ii) Mise en œuvre des OMD ; iii) Défis à relever pour un réel partenariat mondial pour le développement	Novembre 2004

développement (OMD)			
Programme de développement socio sanitaire (PRODESS II): phase 2 du PDDSS«Composante Santé» 2005-2009	Ministère de la santé du Mali	i) Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ; ii) Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ; iii) Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ; iv) Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire ; v) Accessibilité financier, soutien à la demande et à la participation ; vi) Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche; vii) Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation	Décembre 2004
Plan stratégique de la Santé de la Reproduction (SR) au Mali, 2004-2008	Ministère de la Santé, du Mali	i) Analyse générale et facteurs transversaux (Contexte physique ; Contexte démographique ; Contexte politique et administratif ; contexte socio-économique) ; ii) Contexte sanitaire (Etat du dispositif sanitaire national, situation de la SR, Opportunités; iii) Buts et objectifs ; iii) Axes stratégiques ; iv) Développement des stratégies par objectif spécifique ; v) cadre institutionnel ; vi) Suivi évaluation	Janvier 2004
Rapport final d'Evaluation externe du PRODESS	OMS, Mali ETC Crystal – HERA – <i>Alter</i>	i) Analyse générale et facteurs transversaux (Pertinence des objectifs, Conception et mise en œuvre, Procédures de gestion, Aspects financiers, Lutte contre la pauvreté, le partenariat interne, le partenariat externe); ii) Analyse des volets 1, 2 3, 4 du PRODESS I)	Novembre 2002
Santé et Pauvreté au Mai : Analyse des indicateurs	Gouvernement du Mali OMS ; Banque Mondiale	i) Relation entre santé et pauvreté : Cadre conceptuel ii) Santé et pauvreté : Analyse des indicateurs de santé (Comportement des ménages ; Performance des services publics et privés de santé).	Septembre 2001

<sup>3</sup> Au cours des trois dernières années

A l'attention du proposant

- Veuillez fournir des informations sur les obstacles principaux présents dans le système de santé s'opposant à l'amélioration de la couverture vaccinale qui ont été identifiés par les évaluations récentes répertoriées ci-dessus. (tableau 3.2).
- Veuillez fournir des renseignements sur les obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes. (tableau 3.3).
- Veuillez fournir des renseignements sur les obstacles qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS. (tableau 3.4).

**3.2 Principaux Obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale identifiés par les évaluations récentes (3),(4),(5),(6), (7),(8)**

## **ii) La disponibilité, la qualité et la gestion des ressources humaines**

- L'absence de structures pérennes de développement et de gestion des ressources humaines ;
- Le retard dans l'élaboration et l'adoption de politique de développement des ressources humaines ;
- La connaissance insuffisante des postes, des effectifs, des qualifications et des compétences disponibles, par insuffisance de fichiers du personnel;
- La mauvaise répartition des tâches entre les différents acteurs ;
- La gestion des ressources humaines souffre d'insuffisances dans la formulation des directives données à chaque unité opérationnelle et dans le travail en équipe ;
- L'insuffisance de RH qualifiés aux différents niveaux (surtout CSCOM);
- L'Instabilité du personnel qualifié;
- De trop nombreux CSCOM (plus de 30%) ne disposent pas de ressources humaines suffisamment compétentes ou manquent d'équipements ; Les équipes en place sont très instables ce qui nuit à la qualité de l'interface avec la communauté ;
- Le personnel de santé est démotivé entre autres par des salaires très insuffisants surtout en milieu rural et/ou enclavé (les primes d'éloignement, 5.000 FCFA, sont tout à fait insuffisantes), par le manque de récompenses, mais aussi par une gestion des ressources humaines quasi inexistante : il n'y a pas de plan de carrière ; Les prestataires sont isolés : le travail en équipe est très peu développé ;
- Les définitions des fonctions et des tâches liées à chaque poste, sont insuffisantes;
- Il y a une pléthore de stagiaires dans les établissements de santé et un manque de contrôle de qualité de la formation professionnelle ;
- La majorité des élèves des écoles publiques et privées de formation du personnel technique est insuffisamment encadrée;
- L'insuffisance de moyens de supervision de stages (MCS- PRODESS, 2005) ;

## **iii) la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.**

- L'insuffisance dans l'application des textes législatifs et réglementaires;
- L'insuffisance dans l'application des procédures de gestion du Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (approvisionnement, gestion des stocks, gestion financière, prescription des médicaments par niveau) ;
- L'insuffisance dans le suivi des activités liées à la gestion et la prescription des médicaments et la non application des recommandations issues des missions d'inspection et de supervision ;
- la faible disponibilité de MTA retenus sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- le non respect du prix affiché des médicaments essentiels au niveau de certains CSCOM ;
- la faible disponibilité de toute la gamme des produits contraceptifs dans les régions et les districts sanitaires ;
- L'insuffisance dans l'affectation des ressources matérielles (équipements, infrastructures) ;
- L'insuffisance dans l'affectation et la formation des ressources humaines ;
- L'insuffisance dans l'approvisionnement des structures publiques et communautaires ;
- la variation fréquente au cours de l'année, du prix des médicaments au niveau de la PPM ;
- le retard de paiement du Trésor public pour honorer les engagements du contrat plan Etat-PPM ;
- l'insuffisance de la logistique roulante au niveau de la PPM, pour assurer correctement les ravitaillements des régions et des districts sanitaires;

- la faible capacité de stockage des magasins de la PPM, surtout au niveau des régions (vétusté des magasins de stockage et de distribution) ;
- la persistance dans l'insuffisance de l'évaluation des besoins en médicaments (y compris les ARV) par le personnel des districts sanitaires ;
- le faible niveau du seuil fixé des marchés publics (50 millions FCFA) occasionnant des pertes et profits et des ruptures de médicaments ;
- l'insuffisance de chaînes de froid fonctionnelles dans certains CSCOM, notamment dans la région de Kayes et de Ségou ;
- l'inexistence d'un système organisé au plan national et régional pour l'approvisionnement en réactifs ;
- La faible capacité de gestion des ASACO et de certains gérants de DV ;
- Insuffisance dans le suivi des activités liées à la gestion et la prescription des médicaments et la non application des recommandations issues des missions d'inspection et de supervision ;
- Faible utilisation des résultats des études pour améliorer les prestations.

**iv) l'Amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie**

- Les normes et stratégies concernant la qualité des soins, la rationalité des prescriptions, la prévention des infections ne sont pas toujours respectées ;
- Le fonctionnement des services de santé de premier contact ne répond pas aux critères de l'approche centrée sur le patient : les délais sont importants pour le patient (avant consultation, entre labo et traitement), la qualité de l'accueil n'est pas bonne et une information correcte et pertinente est rarement transmise aux malades, la gestion et l'amélioration de l'interface patients-communautés et prestataires n'est pas perçue comme une priorité;
- De nombreux CSCOM ont une mauvaise maîtrise des populations dont ils ont la responsabilité et ne distinguent pas dans leur système d'information l'origine géographique des patients (aire ou hors aire) ;
- Dans les CSCOM les activités de soins curatifs et préventifs sont souvent scindées et réalisées par un personnel différent, ce qui ne favorise pas l'intégration et la globalité des soins ;
- L'insuffisance de supervision de certains CSCOM ;
- L'insuffisance dans la gestion des réactifs pour le test HIV (seul un EPH transmet régulièrement les supports pour le réapprovisionnement);
- Les programmes verticaux ne sont pas suffisamment intégrés. Trop souvent le fonctionnement quotidien des services de santé est perturbé par les interventions des programmes spécifiques : formations intensives et répétées, supervisions directes qui court-circuitent les équipes socio sanitaires des cercles.

**v) L'accessibilité financière, le soutien à la demande et la participation**

- le retard dans la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités validées dans le PO national à cause de problèmes de trésorerie et de la situation géographique de certains cercles (lenteur dans la réception des délégations de crédits) ;
- le déphasage entre le décaissement des fonds et le chronogramme d'exécution des activités sectorielles ;
- les difficultés dans l'implication des représentants des services déconcentré du MEF aux processus de planification budgétaire du PRODESS dans certaines régions (insuffisance des effectifs des DRB) ;
- l'insuffisance d'intégration des PO dans le budget programme des communes ;
- la non transmission officielle des P.O validés aux services déconcentrés du MEF (DRB, contrôle financier, Trésor) ;
- un pourcentage élevé de la population n'a pas encore accès aux services de santé (CSCOM, CSRef), d'autant plus si on tient compte des coûts indirects (déplacement, etc.), vu le niveau de pauvreté du pays ;
- Le statut d'indigent est mal défini et les fonds pour la prise en charge des indigents sont peu fonctionnels ou insuffisants ;
- Le bénévolat n'est pas motivant pour les membres du bureau de l'ASACO et la gestion laisse parfois à désirer ;
- Faible couverture en mutuelles de santé, surtout dans les régions de Tombouctou et de Kidal ;
- Faible financement et programmation des activités de promotion de la mutualité ;
- En dehors des aspects gestionnaires, les ASACO et les FELASCOM n'ont pas suffisamment compris leurs fonctions d'appui au développement des aires de santé : approche intersectorielle, hygiène du milieu, etc., et sont trop passéistes ;
- L'accessibilité financière est critique : au premier niveau, les coûts indirects sont très élevés ; dans les structures de référence, la prescription de spécialités et de longues listes de médicament rendent l'accessibilité au traitement souvent très onéreuse ;
- Certaines ASACO ne participent pas à leur part de l'organisation de la référence ;
- La recherche appliquée pour le renforcement du système de santé et l'amélioration de la qualité de services et des soins n'est pas assez soutenue par les universités et institutions de recherche. Le manque de capitalisation des expériences menées est criant.
- la perte pour les acteurs socio-sanitaires de la qualité d'ordonnateur de fait des fonds de l'ABS ;
- les contraintes de plafonnement des régies d'avance et de justification ;
- le retard dans la nomination des régisseurs au niveau des DRS ;
- les difficultés de suivi de certains indicateurs retenus dans l'arrangement spécifique en vigueur ;
- la faible capacité de certains acteurs dans le cadre de la gestion de l'ABS ;

#### **vi) La réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de recherche**

- Insuffisance des critères retenus pour l'évaluation des EPH et le démarrage du système de contractualisation Etat – EPH;
- l'absence d'organe de validation des annuaires statistiques du SIH ;
- la non validation de l'annuaire national intégrant notamment le SLIS et le SIH par un organe ou un atelier ;
- l'absence d'un système d'information sur la recherche en santé ;
- l'absence de logiciel d'informations hospitalière au niveau des régions ;
- l'insuffisance d'analyse et d'interprétation des données à tous les niveaux dans les régions ;
- le retard dans la transmission des données collectées pour alimenter notamment le SLIS ;
- l'insuffisance dans la maintenance du matériel informatique dans les régions ;
- le retard dans la validation de la Politique Nationale de Recherche en Santé (PNRS).

#### **vii) Le renforcement des capacités institutionnelles et la décentralisation**

- Difficultés liées au monitoring et à l'évaluation du système de santé ;
- Le retard dans l'adoption des projets d'Arrêtés d'application du décret 02-314 ;
- Le retard dans l'adoption des projets de décrets relus disponibles au MS (décrets relus 02-314 et 01-115) ;
- La faible diffusion des lois et décrets relatifs au transfert des compétences et ressources en matière de santé auprès des acteurs clés ;
- Le faible niveau de fonctionnement des organes de pilotage au niveau national, notamment la commission interministérielle. Les problèmes: encrage institutionnel, la participation effective des membres statutaires et suivi rigoureux des décisions prises ;
- Le retard dans la restructuration de la DNS et de la DPM et leurs démembrements au niveau régional ;
- Le retard dans la signature/régularisation des conventions d'assistance mutuelle entre les Communes et les ASACO ;
- La non implication de représentants des CT et du MATCL à la révision du manuel de procédures et de gestion du PRODESS II ;
- Le retard dans le recensement des ressources matérielles à transférer aux CT ;
- L'insuffisance d'implication des CT (notamment l'AMM et l'ACCR) dans la conception et la réalisation des grands dossiers des deux départements en charge du PRODESS ;
- La non validité juridique de la décision de certaines autorités régionales, notamment le Gouverneur de la Région de Ségou, en ce qui concerne le transfert des CSCOM aux CT ;
- Le retard dans le transfert des ressources financières du PRODESS, notamment des partenaires aux CT ;

- La faible prise en compte des besoins des services de santé et du social dans les PDSEC des Collectivités Communes et cercles (notamment les investissements et les salaires) ;
- L'insuffisance dans le suivi et le contrôle de gestion des ASACO ;
- Lenteur dans le processus de déconcentration des services de la santé;
- Difficultés de planification, dans l'identification des besoins et dans la complémentarité des ressources locales (RF, RH) ;
- La lenteur dans la dévolution des biens et la problématique de délivrance des titres de propriétés des infrastructures et équipements et logistiques transférées pour les niveaux commune et cercle ;
- L'évaluation budgétaire des ressources financières nécessaires à l'exercice des compétences transférées en matière de santé n'est pas encore terminée au niveau de la DAF;
- Le recensement des ressources humaines et la définition d'un statut particulier du personnel de santé des collectivités territoriales ne sont pas encore terminés;
- La mise à disposition des fonctionnaires (personnel médical, paramédical et autres) reste non encore effective ;
- Les différents outils d'opérationnalisation du transfert sont en cours d'élaboration au niveau de la cellule ;
- Le faible niveau de formation/information des collectivités et leurs collaborateurs sur les procédures de planification et de mobilisation des ressources du PRODESS ;
- Le faible niveau de formation/information des ASACO et personnels de santé sur la décentralisation ;
- Faible implication du secteur privé dans les activités de vaccination ;

### **3.3 Obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes (voir ci-dessus classés, selon les 7 Volets/Domaines prioritaires du PRODESS)**

Les encadrés ci-dessous contiennent les principales actions entreprises dans le cadre du PRODESS II, pour pouvoir maîtriser les obstacles identifiés à la section 3.2, de manière satisfaisante avec les ressources existantes.

### Activités entreprises pour maîtriser ces obstacles

- Planifier, en utilisant la banque de données, des besoins en personnel de santé à moyen terme et en nouveau personnel à former et recruter par catégorie.
- Redéfinir les critères d'affectation et de mutation de personnel ; élaborer un plan de redéploiement du personnel et ensuite procéder au redéploiement.
- Créer une structure chargée de la gestion et du développement de Ressources Humaines avec démembrements régionaux.
- Mettre en application le décret 02-314 PRM du 4 juin 2002 dans le cadre de la gestion des fonds PPTTE (même décret aussi pour décider concernant l'utilisation de ces fonds pour motiver le personnel et pour améliorer les conditions de travail du personnel).
- Revoir le cadre organisationnel pour le recensement des besoins en AT, le recrutement d'AT, la coordination et le suivi de l'AT.
- Elaborer un plan pluriannuel glissant pour toute AT de longue et de courte durée, par niveau et par domaine, accompagné d'un calendrier.
- Réactualiser les données démographiques sur la base du recensement national qui sera réalisé en 2008 ou sur la base des recensements communaux. Ensuite adapter le SIS pour le calcul des différents indicateurs.
- Organiser dans les CSCOM et en stratégie avancée les activités de suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans et de dépistage précoce des cas de malnutrition.
- Mettre en place et équiper les unités de récupération nutritionnelle.
- Mettre à la disposition des cadres de la santé du district sanitaire un ouvrage de référence sur la pharmacopée traditionnelle malienne et une base de données sur les plantes médicinales de la flore malienne.
- Organiser un service des urgences pour la médecine, la chirurgie...au niveau des CSREF et des cliniques privées.
- Former 40% des cadres du district sanitaire à la méthodologie de la recherche action.
- Recenser les cas de fistules obstétricales pour la référence et les référer dans des hôpitaux habilités à leur prise en charge.
- Mettre en place un mécanisme de financement alternatif de la santé pour la prise en charge des fistules obstétricales.
- Former (formation pratique) le personnel de santé au diagnostic rapide des cas de complications liées à l'excision.
- Mettre en place un mécanisme de financement alternatif de la santé pour la prise en charge des fistules obstétricales.
- Former (formation pratique) le personnel en Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) pour la prise en charge des complications obstétricales dans les établissements retenus à cet effet.
- Equiper/doter les établissements offrant des SOU en matériels, médicaments ressources financières et RH qualifiées.
- Mettre en place 86 établissements offrant des SOU et 33 établissements offrant des SOUC.
- Former/recycler le personnel des établissements de santé au diagnostic correct et précoce des complications obstétricales.
- Réaliser des césariennes aux femmes enceintes nécessiteuses dans les établissements offrant des SOU.
- Former les relais communautaires, les ATR et les tradi-praticiens à la référence à temps des cas compliqués vers les établissements compétents.
- Organiser le système de référence/évacuation de toutes les urgences, essentiellement obstétricales et pédiatriques dans l'ensemble des districts sanitaires (organiser la référence pour 37 nouveaux CSREF et renforcer les 29 existants).
- Former le personnel des établissements de santé en SRJA .
- Créer un centre multi-fonctionnel d'écoute et de conseil pour jeunes dans chaque région.
- Réaliser des séances de CCC en direction des ménages pour augmenter la fréquentation des maternités pour les CPN et les accouchements assistés.
- Réaliser des séances de CCC pour augmenter la demande en matière de PF.
- Former/recycler au moins 50% du personnel pour les méthodes de longue durée (DIU, Norplant).
- Recruter et former des relais communautaires pour la mise en œuvre des activités de DBC dans les aires de santé.

- Recruter et former des relais communautaires pour la mise en œuvre des activités de DBC dans les aires de santé.
- Former et recycler 60% d'ATR sur la détection précoce des grossesses à risque en vue de la référence/évacuation des cas.
- Traiter gratuitement les femmes enceintes séropositives avec des ARV subventionnés.
-

- Réaliser le traitement des malades atteints d'onchocercose, de filariose lymphatique, etc., en rapport avec les communautés.
- Elaborer et appliquer un Plan Intégré de Communication (PIC) en faveur des programmes prioritaires de santé.
- Réaliser des séances de CCC en direction d'au moins de 60% des ménages pour l'utilisation de condom (personnes âgées de 15 à 49 ans).
- Etablir une liste des analyses de biologie médicale réalisable par niveau de prestation et de compétence et acquérir les réactifs d'analyses nécessaires.
- Développer par niveau, un support pour faciliter la planification, l'organisation et le contrôle des acquisitions de médicaments, vaccins et consommables.
- Construire ou réaménager les magasins de la PPM et des dépôts régionaux, de cercle et CSCOM (selon les besoins) pour les adapter aux conditions de « bonnes pratiques » de stockage des produits.
- Assurer l'approvisionnement adéquat en réactifs des laboratoires des centres de santé de référence des districts sanitaires.
- Recruter les techniciens de biologie pour les analyses de biologie médicale dans les centres de santé de référence.
- Recycler les gérants des dépôts régionaux, des CSREF et des CSCOM en matière de planification, de l'organisation et du contrôle de l'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables.
- Renforcer la gestion des dépôts répartiteurs des cercles : adopter les textes de création et de fonctionnement des DRC y compris l'affiliation des CSCOM, déterminer les critères et modes de recrutement des gérants, inclure dans les conventions d'assistance mutuelle comment seront gérés les cas de mauvaise gestion des dépôts (manque de transparence, malversations, détournement des biens).
- Instaurer un mécanisme d'incitation des pharmaciens privés à s'installer dans les districts sanitaires, où il n'en existe pas. Par exemple : négocier des avantages comme le dégrèvement fiscal lorsque l'installation a lieu en milieu difficile.
- Réglementer et assurer la gestion de dons afin d'en permettre la centralisation et la redistribution au profit des utilisateurs des établissements de santé publics.
- Assurer le contrôle de l'autorisation de mise sur le marché, les autorisations d'exploiter les établissements d'importation et de vente en gros et les officines.
- Mettre en place une politique de contrôle de qualité des médicaments produits au Mali ou importés.
- Déterminer la gamme d'analyses de biologie médicale faisable par niveau.
- Planifier et organiser (procédures) la saisie et la destruction des médicaments périmés ;
- Former/recycler le personnel des CSCOM en prescription rationnelle.
- Inciter les cadres médicaux des CSREF et des EPH à l'élaboration de protocoles thérapeutiques privilégiant la prescription de médicaments essentiels sous forme générique et à l'organisation d'audits médicaux.
- Solliciter et impliquer les services techniques de l'Etat dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans des collectivités territoriales.
- Mettre en oeuvre des directives d'application du décret 02-314 (y compris la définition du statut juridique des infrastructures de santé communautaire).
- Négocier la carte sanitaire dans la création des CSCOM en mettant l'accent sur la concertation permanente.
- Transférer les ressources financières aux collectivités territoriales pour la prise en charge de l'appui conseil (articles 7 et 10 du décret 96-84).
- Appliquer les dispositions du décret 03-580 sur les relc 0 Tw -e5artaett4( )-5 starg-2(q)5oncste.

- Appuyer sur le plan institutionnel les organisations féminines, les jeunes et les groupes les plus pauvres dans les projets de développement.
- Sensibiliser les associations pour l'utilisation des outils de formation des élus, des femmes et des membres des ASACO sur le PRODESS et la décentralisation.
- Promouvoir, sur la base des plans de couverture, la mise en place de relais communautaires pour la promotion de la santé.
- Elaborer et mettre en œuvre les plans intégrés de communication pour le changement de comportement.
- Promouvoir les approches communautaires.
- Développer des actions de mobilisation sociale dans les régions.
- Impliquer les groupes spécifiques dans les comités de gestion des centres de santé (PVVIH, jeunes, handicapés, etc.).
- Etablir le lien entre les ASACO, les Collectivités territoriales ciblées et les relais communautaires pour les activités préventives et promotionnelles au niveau des ménages et villages.
- Promouvoir l'utilisation du fonds d'assistance médicale, la mutualité, l'assurance maladie obligatoire, les caisses pour la référence/évacuation et formes d'entre aide traditionnelle.
- Promouvoir l'utilisation du fonds d'assistance médicale, la mutualité, l'assurance maladie obligatoire, les caisses pour la référence/évacuation et formes d'entre aide traditionnelle.
- Harmoniser les textes (loi d'orientation sur la santé décret 02-314, 01-115 et la convention d'assistance mutuelle).
- Veiller à l'application de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.
- Veiller à l'application des directives pour la prise en charge médicale de qualité du VIH/SIDA et les activités synergiques.
- Elaborer une politique nationale de prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVIH.
- Accélérer la promulgation des textes d'application de la loi 02-044 relative à la SR (cas particulier des mères infectées par le VIH) et de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies.
- Réviser le guide de supervision en intégrant les maladies à éradiquer.

### 3.4 Obstacles qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS

Les encadrés ci-dessous contiennent les principaux obstacles parmi ceux identifiés à la section 3.2 ci-dessus et qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS

- L'insuffisance de RH qualifiés aux différents niveaux (surtout CSCOM).
- L'instabilité du personnel qualifié.
- Le personnel de santé est démotivé entre autres par des salaires très insuffisants surtout en milieu rural et/ou inaccessible (les primes d'éloignement, 5.000 FCFA sont tout à fait insuffisantes), par le manque de récompenses, mais aussi par une gestion des ressources humaines quasi inexistante : il n'y a pas de plan de carrière. Les prestataires sont isolés : le travail en équipe est très peu développé.
- De trop nombreux CSCOM (plus de 30%) ne disposent pas de ressources humaines suffisamment compétentes ou manquent d'équipements. Les équipes en place sont très instables ce qui nuit à la qualité de l'interface avec la communauté.
- La majorité des élèves des écoles publiques et privées de formation du personnel technique sont insuffisamment encadrés.
- L'insuffisance de moyens de supervision des stages.
- La pléthore de stagiaires dans les établissements de santé.
- La non implication du MS dans la signature des diplômes des écoles privées.
- Le fonctionnement des services de santé de premier contact ne répond pas aux critères de l'approche centrée sur le patient : les délais sont importants pour le patient (avant consultation, entre labo et traitement), la qualité de l'accueil n'est pas bonne et une information correcte et pertinente est rarement transmise aux malades, la gestion et l'amélioration de l'interface patients-communautés et prestataires n'est pas perçue comme une priorité.
- Les fiches opérationnelles utilisées et les outils de rapportage (registres) ne permettent souvent pas d'assurer la continuité des soins (malades chroniques, soins préventifs), comme l'identification des perdus de vue, des abandons, le suivi des cas référés, la contre référence.
- Retard dans l'élaboration de la politique nationale de maintenance.
- l'insuffisance de matériels, notamment du PEV au niveau de certains établissements de santé dans les districts sanitaires ; l'absence de Kits dans les CSCOM pour la prise en charge des cas de paludisme compliqué ; l'insuffisance de chaînes de froid fonctionnelles dans certains CSCOM, notamment dans les régions de Kayes et de Ségou.
- l'insuffisance de supervision de certains CSCOM.
- Les activités de suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans pour le dépistage précoce des déficits nutritionnels est quasi inexistante.
- la faible dissémination des résultats d'études et/ou de recherches.
- l'insuffisance de ressources financières pour la prise en charge des cas sévères de malnutrition dans les établissements de santé.
- Il n'existe pas une organisation de la référence, aux échelons supérieurs (CSRéf – EPH dans les régions ; EPH régional-EPH national). Et même au niveau district, le système de référence/contre-référence connaît des déficiences opérationnelles.

- Les hôpitaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> référence ont une autonomie de gestion mais ne répondent pas aux besoins du système (la recherche de bénéficiaires prime sur l'amélioration de la fonction de référence) et s'intègrent peu dans les politiques de santé. Le système non étatique (privé et confessionnel) pourtant aussi utilisé par les plus pauvres, n'est pas suffisamment pris en compte par le secteur public.
- La faible diffusion des lois et décrets relatifs au transfert des compétences et ressources en matière de santé auprès des acteurs clés.
- la non implication de représentants des CT et du MATCL à la révision du manuel de procédures et de gestion du PRODESS II.
- le retard dans le recensement des ressources matérielles à transférer aux CT.
- l'insuffisance d'implication des CT (notamment l'AMM et l'ACCR) dans la conception et la réalisation des grands dossiers des deux départements en charge du PRODESS.
- la faible prise en compte des besoins des services de santé et du social dans les PDSEC des Collectivités Communes et cercles (notamment les investissements et les salaires).
- l'insuffisance dans le suivi et le contrôle de gestion des ASACO.
- Difficultés de planification, dans l'identification des besoins et dans la complémentarité des ressources locales (RF, RH).
- Le faible niveau de formation/information des collectivités et leurs collaborateurs sur les procédures de planification et de mobilisation des ressources du PRODESS.
- Le faible niveau de formation/information des ASACO et personnels de santé sur la décentralisation.
- Faible implication du secteur privé dans les activités de vaccination.
- Insuffisance dans la recherche opérationnelle en santé, pour mieux capitaliser les expériences novatrices du système de santé.
- Insuffisance dans le suivi/évaluation des activités sanitaires, surtout au niveau périphérique (CSCOM.CSREF).
- Insuffisance dans le suivi des activités liées à la gestion et la prescription des médicaments et la non application des recommandations issues des missions d'inspection et de supervision ;

## 4eme partie: Buts et Objectifs du Soutien de GAVI au RSS

### A l'attention du proposant

- *Veillez décrire ci-dessous les buts du soutien de GAVI au RSS (Tableau 4.1)*
- *Veillez décrire (et numéroter) les objectifs du soutien de GAVI au RSS (tableau 4.2). Merci de vous assurer que les objectifs choisis sont stratégiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps.*

### 4.1 But du soutien de GAVI au RSS

**Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays.** Cette contribution vise ainsi à offrir une meilleure réponse aux besoins sanitaires de la population malienne, particulièrement ceux de l'enfant et de la mère y compris la pérennisation de l'immunisation.

Ce but qui constitue celui du soutien de GAVI est le but principal du Plan décennal de développement sanitaire et social, ainsi que de ses deux tranches quinquennales dont le PRODESS II, qui a été approuvé par les PTF impliqués dans le développement sanitaire du pays et le Comité de Suivi du PRODESS. Afin d'atteindre ce but, le soutien de GAVI au RSS est sollicité pour contribuer dans la prise en charge de certaines des activités du PRODESS.

### 4.2 Objectifs du soutien de GAVI au RSS

Les objectifs du soutien de GAVI au Renforcement du système de santé du Mali, réfèrent aux stratégies prioritaires du Département de la santé du pays.

La proposition vise les CSCOM et les CSRef, particulièrement ceux des zones de pauvreté, d'extrême pauvreté et celles d'accessibilité géographique difficile, pour la mise en œuvre des activités. Les critères de sélection des CSCOM et des CSREF des districts sont :

- i) Le taux de couverture vaccinale inférieur à 75 % (tous les antigènes combinés/confondus)
- ii) La proportion de la population cible/desservie : au dessus de 75 000 habitants en général dans les districts sanitaires concernés.
- iii) Les difficultés liées à l'accessibilité géographique des services (certains districts qui ont une population de moins de 75 000 ont été inclus dans la proposition du fait de leur isolement géographique et leur problème d'accessibilité.
- iv) La faible performance des services de santé de district (utilisation de service, qualifications de l'équipe-cadre du district, disponibilité de ressources etc...)

*Objectif 1* vise à Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques. Les principales activités définies pour cet objectif sont :

- Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques.
- Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue.

*Objectif 2* vise à Améliorer la qualité des services de santé. Les Activités associées à cet objectif sont :

- Former les équipes-cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme.
- Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelles et le coût des ordonnances.
- Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires.
- Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances dans les CSREF, pendant les audits médicaux internes.
- Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact.
- Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition
- Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.
- Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté, pour prendre en charge les districts les moins performants.

*Objectif 3* vise à Renforcer les capacités institutionnelles et de la décentralisation. Les principales activités associées à l'atteinte de cet objectif sont:

- Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF).
- Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet).
- Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO.
- Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé.
- Réviser le SNIS en vue d'intégrer les données de l'ensemble des domaines et des acteurs, y compris les données hospitalières et du secteur privé et certains indicateurs sur la nutrition liés à la pauvreté.

*Objectif 4* vise à Renforcer le système de monitoring et d'évaluation, en mettant un accent particulier sur les services périphériques. Les principales activités définies pour cet objectif sont :

- Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé.
- Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation des superviseurs et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.).

*Objectif 5* vise à Renforcer la Recherche opérationnelle. Le renforcement de la recherche opérationnelle va permettre de capitaliser les expériences novatrices du système de santé. Les activités associées à l'atteinte de cet objectif sont :

- Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées sur les performances du système de santé.
- .
- Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.
- Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM.
- Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé.
- Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée.
- Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement.

## 5eme Partie : Activités du soutien de GAVI au RSS et Calendrier d'exécution

### A l'attention du proposant

*Pour chaque objectif identifié au tableau 4.2, veuillez exposer de façon détaillée les activités principales qui seront réalisées pour atteindre l'objectif cite et le calendrier d'exécution de chacune de ces activités pour la durée du soutien de GAVI a RSS (tableau 5.2 en page suivante*

*Note : GAVI recommande que le soutien de GAVI au RSS ne s'adresse qu'à un nombre limité d'objectifs et d'activités ayant un degré élevé de priorité. Il faut que les activités puissent être mises en œuvre, suivies et évaluées pendant toute la durée du soutien de GAVI au RSS.*

*Note : Veuillez ajouter (ou supprimer) des lignes pour que le tableau 5.2 contienne le nombre exact d'objectifs correspondant a votre proposition en vue d'un soutien de GAVI au RSS, et le nombre exact d'activités pour chacun de vos objectifs essentiels.*

*Note : Veuillez ajouter (ou supprimer) des années pour que le tableau 5.2 corresponde à la durée de votre proposition pour un soutien de GAVI au RSS. le nombre exact d'objectifs correspondant à votre proposition en vue d'un soutien de GAVI au RSS, et le nombre exact d'activités pour chacun de vos objectifs essentiels.*

### A l'attention du proposant

- *Veuillez indiquer comment vous avez l'intention de maintenir, sur le plan technique ou financier, les résultats obtenus par le soutien de GAVI au RSS (5.1) lorsque les ressources du soutien de GAVI au RSS ne seront plus disponibles.*

## 5.1 Pérennité du soutien de GAVI

En tant que partie intégrante du PRODESS, la présente proposition sera suivie et évaluée par les organes de gestion du programme sectoriel santé qui implique l'ensemble des acteurs (Etat, PTF, ONGs, Collectivités Territoriales, Associations).

Afin d'encourager la participation des PTF et le gouvernement dans les activités de soutien de GAVI au RSS et de maintenir leur intérêt, ils seront régulièrement informés sur les résultats de ces activités par le biais des réunions conjointes et des correspondances régulières (par email ou par poste). Nous croyons que cette stratégie encouragera les PTF et le gouvernement à demeurer impliqués financièrement et techniquement, après GAVI, particulièrement s'ils voient que de bons résultats sont accomplis et que les activités sont bien gérées et les chronologies bien respectées.

Le soutien de la participation/implication des collectivités territoriales décentralisées, des O.N.Gs et des associations dans la poursuite des activités demeure une stratégie importante pour la pérennisation du soutien de GAVI. Ces organismes seront une source potentielle de financement et d'appui technique quand le financement de GAVI HSS ne sera plus disponible.

L'appui budgétaire qu'il soit global ou sectoriel garantit la participation de l'Etat et de certains partenaires importants dans la mise en oeuvre du programme sectoriel. Avec le présent soutien de GAVI, des stratégies de RSS efficaces auront pu être mises en place et seront donc financées par cet AB.

Comme le système de recouvrement des coûts est lié à l'utilisation des services, donc à la qualité des services, l'amélioration du système de santé vise une amélioration de la qualité et entraînera donc une augmentation du montant du recouvrement. Les recherches opérationnelles proposées devront documenter cela.

## 5.2 Activités principales et Calendrier d'exécution\*

Voir tableaux ci-dessous.

		2008	2009				2010				2011			
		**T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
<b>Objectif 1</b>	<b>Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>													
Activité 1.1	Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Activité 1.2	Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Objectif 2</b>	<b>Améliorer la qualité des services de santé</b>													
Activité 2.1	Former les équipes cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	X					X							
Activité 2.2	Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelles et le coût des ordonnances		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Activité 2.3	Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Activité 2.4	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Activité 2.5	Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	X	X											
Activité 2.6	Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X
Activité 2.7	Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Activité 2.8	Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté, pour prendre en charge les districts les moins performants	X	X											
<b>Objectif 3</b>	<b>Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>													
Activité 3.1	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)				X				X				X	X
Activité 3.2	Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)		X	X	X	X	X							
Activité 3.3	Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO													
Activité 3.4	Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Les centres de santé à but non lucratif autres que les CSCOM participent de fait à la mission de service public. Les Ministères chargés de la Santé et du Développement Social veillent à ce que les relations avec cette catégorie de prestataires évoluent vers une forme contractuelle dont l'esprit est l'association à la mission de service public.

Parmi les stratégies novatrices pour atteindre cet objectif, on citera entre autres, l'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système : i) Maîtriser le système de santé ; ii) améliorer l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification ; iii) améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires ; iv) coordonner et évaluer le PRODESS en impliquant les autres acteurs ; v) suivre et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.) ; vi) coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP ; vii) améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG ; viii) promouvoir la redevabilité des établissements de santé, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations ; ix) étudier la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs ; x) créer une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.

## 6eme partie : Suivi, Evaluation et Recherche opérationnelle

### A l'attention du proposant

- *Toutes les propositions doivent comprendre les trois indicateurs d'incidence/ de résultats principaux du soutien de GAVI au RSS*
  - La couverture nationale par le DTC3 (%)*
  - Le nombre/% des districts atteignant un taux de couverture par le DTC3 (4) supérieur ou égal à 80%*
  - Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)*
- *Veillez indiquer en plus un maximum de trois indicateurs d'incidence/de résultats pouvant être utilisés pour évaluer les effets du soutien de GAVI au RSS sur l'amélioration des services de vaccination et des autres services de santé de la mère et de l'enfant.*

Note : *Nous vous incitons fortement à choisir des indicateurs liés à certains des objectifs de la proposition et pas forcément à des activités.*

- *Pour tous les indicateurs, veuillez donner la source des données, la valeur et la date servant de base de référence pour l'indicateur, et un niveau et une date cibles. Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de données (tableau 6.1).*

Note : *Les indicateurs choisis doivent être tirés de ceux qui sont utilisés pour effectuer le suivi du Plan du secteur national de la santé (ou son équivalent) et seront en principe déjà mesurés (c'est-à-dire qu'il n'en coûtera pas plus de les mesurer). Ils ne doivent pas forcément être propres au soutien de GAVI au RSS. Des exemples d'indicateurs d'incidence et de résultats supplémentaires sont donnés dans les tableaux ci-dessous. Dans le cas où les activités sont surtout mises en œuvre au niveau infranational, il est également recommandé d'en effectuer le suivi au niveau infranational dans la mesure du possible.*

#### Exemple d'indicateurs d'incidence

- Taux de mortalité maternelle

#### Exemple d'indicateurs de résultats

- Couverture nationale par le vaccin contre la rougeole
- Proportion des districts ayant une couverture égale à moins 80%
- Couverture par le Hib
- Couverture par le HepB, couverture par le BCG
- Taux d'abandon des DTC1-DTC3
- Proportions des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
- Utilisation des soins prénatals
- Taux de supplémentation en vitamine A

---

(4) Si le nombre de districts est fourni, alors le nombre total de districts dans le pays doit être fourni aussi.

Intervention	Indicateurs possibles
Vaccination	Couverture nationale par le vaccin contre la rougeole ; proportion ds districts ayant une couverture d'au moins 80% ; couverture par le BCG ; couverture par le Polio 3 ; couverture par Hib ; couverture par le HepB
Protection de la maternité	Utilisation des soins prénatals ; assistance qualifiée des accouchements ; au moins 2 doses de toxoïde tétanique ; taux de césarienne ; soins postnatals
Planning familial	Utilisation des contraceptifs par les femmes
Soins appropriés aux enfants malades	Réhydratation par voie orale et poursuite du nourrissage des enfants atteints de diarrhées ; demande de soins pour la pneumonie ; traitement antibiotique de la pneumonie
Nutrition	Taux d'allaitement (démarrage le premier jour, exclusif entre 0 et 3 mois ; diversification alimentaire entre 6 et 9 mos) ; Taux de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 a 59 mois (dans les 6 derniers mois) et des mères jusqu'à 8 semaines après l'accouchement
Eau/hygiène	Accès a une source d'eau potable ; installations sanitaires satisfaisantes
Tuberculose	Couverture du DOTS, traitement directement observé, courte période (taux de réussite du traitement, taux de dépistage)
Paludisme	Enfants atteints de fièvre recevant des antipaludiques ; enfants dormant sous moustiquaire imprégnée
SIDA	% de femmes enceintes séropositives pour le VIH recevant des ARV ; PTME parmi les femmes enceintes

#### A l'attention du proposant

- Veuillez indiquer un maximum de 6 indicateurs d'activité fondés sur les activités choisies dans la 5eme partie (tableau 6.2).
- Pour tous les indicateurs, veuillez donner la source de données, la valeur et la date servant de base de référence pour l'indicateur, un niveau et une date cibles, ainsi qu'un numérateur et un dénominateur. Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de données (tableau 6.1).

Note : Des exemples d'indicateurs d'activité pouvant être utiles sont indiqués ci-dessous avec le numérateur, le dénominateur (le cas échéant) et la source des données. Dans toute la mesure du possible, il faudrait utiliser des sources d'informations existantes pour recueillir l'information sur les indicateurs choisis. Dans certains pays, il sera parfois nécessaire de réaliser un inventaire des établissements sanitaires ou des ménages, ou de mettre en place une surveillance démographique. Si des fonds supplémentaires sont nécessaires pour ces activités, il faudra les inclure.

### Exemples d'indicateurs d'activité

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Supervision systématique	Nombre de centres de santé ayant été l'objet d'au moins 6 visites au cours de l'année écoulée, pendant lesquelles une liste de contrôle quantifiée a été utilisée.	Nombre total de centres de sans	Inventaire des établissements sanitaires
Connaissances du personnel de santé	Note moyenne obtenue par le personnel de santé dans les centres de santé publics ou gérés par les ONGs au contrôle oral des connaissances comprenant des exemples de cas concrets.		Inventaire des établissements sanitaires
Indice de disponibilité des médicaments	Nombre moyen de dix sortes de médicaments essentiels en stock dans les centres de santé inclus dans l'échantillon		SIGS & inventaire des établissements sanitaires

### 6.1 Indicateurs d'Incidence et de Résultats

Indicateur	Source de données	Valeur de la base de référence (5)	Source (6)	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
1a. Couverture nationale par le DTC3 (%)	SLIS; Rapport annuel du SI	68%	EDSM IV	2006	90%	2011
1b. Couverture nationale par le DTC3 (%)	SLIS; Rapport annuel du SI	63% (doses valides selon cartes et histoires) 65 % (doses valides confirmées. par cartes uniquement) 80% (Antigènes selon cartes et histoires)	Revue externe du PEV	2006	90%	2011
2. Nombre/% des districts atteignant une couverture par le DTC3 supérieure ou égale a 80%	SLIS ; Rapport annuel du SI	69%	SLIS, Evaluation des districts (OMS)	206	80%	2011
3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	EDSM-IV	191‰	EDSM IV	2006	2/3 (Objectif 2015 OMD)	2011
4. Taux de mortalité infantile (pour 1000)	EDSM IV	96 ‰	EDSM IV	2006		2011

(5) Si des données de base ne sont pas disponibles, veuillez indiquer s'il est prévu de recueillir de telles données et quand elles seront recueillies.

(6) Ces informations sont importantes pour faciliter l'accès aux données et vérifier leur concordance.

## 6.2 Indicateurs d'activités

		Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence (5)	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
Objectif 1	<b>Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>									
Activité 1.1	Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées, par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	Pourcentage de personnels techniques bénéficiant de la prime, travaillant dans les zones défavorisées	Nombre de personnels techniques bénéficiant de la prime, dans les zones défavorisées	Nombre de travailleurs techniques de la santé travaillant dans les zones défavorisées	(Etat de paie) Système d'information financière DRB, DAF/MS et CT	733 CSCOM ZI+ZII <sub>X2</sub> = 1466 Réf =870X100 / 1466 = 59% (Bénéficient de la prime de 5000 de l'Etat)	Rapport d'activité MS	2006	100%	2011
Activité 1.2	Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue	Taux de couverture des besoins en personnels par catégories et par spécialités à tous les niveaux	Nombre de personnels présents dans les structures sanitaires par catégorie et par spécialité	Effectif théorique du personnel nécessaire par catégorie et par spécialité	Enquête	ND	DNRH	-	75%	2011
Objectif 2	<b>Améliorer la qualité des services de santé</b>									
Activité 2.1	Former les équipes cadres de districts en gestion et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	Pourcentage d'équipes cadres formés en gestion et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	Nombre d'équipes cadres du district formé en gestion de serv. SantéX100	Nombre total d'équipes cadres	Rapport de formation	0	DAF/DNRH	2008	100%	2011

		Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence (5)	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
Activité 2.2	Renforcer le système de formation en management et en leadership des équipes cadres	Pourcentage d'équipes cadres formés en management et en leadership	Nombre d'équipes cadres de district formées en management et en leadership x 100	Nombre total d'équipes cadres	Rapport de formation	0	DAF/DNRH	2008	100%	2011
Activité 2.3	Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM et les relais communautaires	Pourcentage de supervisions intégrées des CSCOM effectuées chaque année par les équipes cadres des Districts	Nombre de supervisions intégrées des CSCOM effectuées chaque année par les équipes cadres des Districts ; Nombre de supervisions intégrées des relais effectuées chaque année par les CPM	Nombre de supervisions intégrées prévues des CSCOM dans l'année ; Nombre de supervisions intégrées prévues des relais, dans l'année	SLIS Enquête	PM	DRS	2007	100%	2011
Activité 2.4	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les supervisions.	Nombre moyen de médicaments par ordonnance ; Coût moyen de l'ordonnance	Nombre d'ordonnances avec un ou deux médicaments dans un échantillon considéré ; Le coût total des ordonnances sélectionnées dans un échantillon	Effectif total de l'échantillon d'ordonnance ; Le Nombre total d'ordonnances sélectionnées	Rapports de supervisions SLIS Enquête					2011
Activité 2.5	Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle ; supervisions spécifiques	Pourcentage d'outils élaborés et diffusés	Nombre d'outils élaborés et diffusés	Nombre prévu d'outil	Rapports d'activité	0		2008	100%	2011
Activité 2.6	Subventionner un système pour inciter et honorer la performance des services et des agents	Pourcentage de personnels techniques sujets aux mécanismes incitatifs liés à la performance, au niveau CSCOM, CSREF et EPH régionaux	Nombre de personnels techniques soignants contractés	Nombre de travailleurs de la santé Planifiés pour le contrat	Rapports d'activité	0		ND	100%	2011
Activité 2.7	Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	Pourcentage de districts accrédités	Nombre de districts accrédités	Nombre prévu de districts	Rapports d'activité	0		2008	80%	2011
Activité 2.8	Elaborer et adopter une politique d'AT* (pooling). GAVI appuiera par un fonds de	Pourcentage d'AT recrutés	Nombre d'AT recrutés	Nombre d'AT prévus	Contrats de recrutement	0		2008	100 %	2011

		Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence (5)	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
	recrutement									
Activité 2.9	Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	Pourcentage de CSCOM tenus par un médecin	Nombre de CSCOM tenus par un médecin	Nombre total de CSCOM	Rapport d'activité de la DNS	12 %	Rapport d'activité de la DNS	2007	50 %	2011

		Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
<b>Objectif 3</b>	<b>Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>									
Activité 3.1	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)	Pourcentage de contrats établis et mis en œuvre au niveau district	Nombre de structures privées disposant de contrats de performance au niveau district	Nombre total de structures privées au niveau district	Ordre des médecins	0%	CSREF	Dec.2007	50%	2011
Activité 3.2	Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)	Pourcentage de districts ayant bénéficié du renforcement de la planification	Nombre de districts ayant bénéficié du renforcement de la planification	Nombre total de districts	Directions régionales de la santé	0% (3)	DNS	Dec.2007	1000%	2011
Activité 3.3	Renforcer les compétences des FELASCOM	Pourcentage de FELASCOM ayant bénéficié de renforcement de compétence	Nombre de FELASCOM ayant bénéficié de renforcement de compétence	Nombre total de FELASCOM	FELASCOM	15 sur 56 soit 27%	FELASCOM	DEc.2007	100%	2011
Activité 3.4	Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	Pourcentage de personnels techniques formés en planification/gestion et en suivi/évaluation de la santé publique et mis à la disposition de la CPS	Nombre de personnels techniques formés	Nombre total de personnels techniques prévus	CPS	0	CPS/MS, DNRH/MS, DAF/MS	2008	100%	2011

\* Assistant technique

(1) Les CSCOM sont des structures privées a but non lucratif

(2) les contrats de performance ont été mis en œuvre par certaines structures avec le soutien de GAVI, l'Unicef et USAID (ATN, PKC)

(3) Les régions ne participaient pas a la planification jusqu'au niveau district.

		Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
<b>Objectif 4</b>	<b>Renforcer et institutionnaliser le système de monitoring et d'évaluation</b>									
Activité 4.1	Renforcer le système de monitoring au niveau de chaque aire de santé	Pourcentage de monitorages réalisés au niveau de chaque aire de santé	Nombre de sessions de monitorages réalisés par aire de santé	Nombre de sessions de monitorages prévues par aire de santé	SLIS	2 sessions/aire /an	SLIS	ND	100%	2011
Activité 4.2	Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)	Taux de satisfaction (des superviseurs, des supervisés et des usagers des CSCOM/CSRef)	Nombre de superviseurs, de supervisés et d'usagers des CSCOM et CSRef satisfaits des services de santé	Nombre total de superviseurs et supervisé, et la population totale dans les aires de santé des CSCOM et CSRef	Rapports de supervision et d'enquête	ND	Rapport de supervision et enquête	ND	80%	2011
<b>Objectif 5</b>	<b>Recherche opérationnelle</b>									2011
Activité 5.1	Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées	Taux d'utilisation des services dans les zones défavorisées	Nouvelles consultations	Population cible	SLIS	ND	SLIS	ND	100%	2011
Activité 5.2	Mesurer l'effet de l'accréditation des districts sur la performance des structures et services	Pourcentage de Districts accrédités	Nombres Districts accrédités	Nombre Total de districts concernés	Rapport de la mise en œuvre, SLIS	ND	Rapport de la mise en œuvre, SLIS	ND	100%	2011
Activité 5.3	Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM	Pourcentage des CSCOM performants	Nombres de CSCOM performants	Nombre Total des CSCOM concernés	-Rapport de la mise en œuvre, - SLIS	ND	Rapport de la mise en œuvre, SLIS	ND	100%	2011
Activité 5.4	Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé	Pourcentage de contrat de performances de structures privées	Nombre de structures privées performantes	Nombre Total de structures privées	-Rapport de la mise en œuvre, - SILIS, - IS, Ordres de la Santé	ND	Rapport de la mise en œuvre, SLIS, IS, Ordres de la Santé	ND	100%	2011
Activité 5.5	Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée	Pourcentage de Districts performants	Nombre de districts performants	Nombre Total de Districts de la Région	-Rapport de la mise en œuvre, - SILIS	ND	Rapport de la mise en œuvre, SLIS	ND	100%	2011
Activité 5.6	Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement	Pourcentage des Plans de qualité (Intégré)	Nombre plan intégré	Nombre Total de plan du District	Rapport de la mise en œuvre, - SLIS	ND	Rapport de la mise en œuvre, SLIS	ND	100%	2011

### **A l'attention du proposant**

- *Veillez présenter la manière dont les données seront recueillies, analysées et utilisées. Dans toute la mesure du possible, les méthodes existantes de collecte et d'analyse des données seront utilisées. Veillez indiquer dans la dernière colonne la manière dont les données seront utilisées au niveau local et communiquées aux autres intervenants (Tableau 6.3)*

### **6.3 Collecte, analyse et utilisation des données**

Les données seront disponibles directement par le biais de la Direction nationale de la santé (DNS), la Direction nationale des ressources humaines (DNRH), les PTF et les ONG, de manière plus précise par l'équipe GAVI pour le RSS, partout où elles seront collectées (CSCOM, CSREF, Régions, Service d'Immunisation, Services de statistiques sanitaires, et l'EDS-M). Le tableau ci-dessous montre les indicateurs, les services/organisations productrices, la/les méthodes de collectes de l'information, les types d'analyses utiles ainsi que les fins pour lesquelles les données vont être utilisées. Les données collectées seront utilisées pour :

- i) des buts réels : satisfaire les exigences de GAVI Alliance et augmenter le contrôle sur l'intervention ;
- ii) des buts officiels : Aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention (but stratégique : « Front-end analyses ») ; Fournir de l'information pour l'amélioration, la modification ou en général la gestion de l'intervention (but formatif) ; Déterminer les effets de l'intervention (but sommatif : « accountability ») ; Contribuer à l'avancement des connaissances (but fondamental).

Service/Organisation	Indicateur	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
	<i>Incidence et résultats</i>			
DNS / DRS /CSREF/CSCOM (Equipe GAVI RSS)	1. Couverture nationale par le DTC3 (%)	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS, Revue externe du PEV...) - Observation (systématique, liée à l'entrevue, libre, participante) - Information fournie par les sujets (libre avec informateur- clé ; dirigée semi-structurée ou à l'aide de questionnaire)	- Analyse qualitative (Préparation et description du matériel brut ; réduction des données, choix et application des modes d'analyse, analyse transversale) - Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	<u>Buts officiels</u> : - but stratégique (« Front-end analyses ») ; - but formatif ; - but sommatif accountability » ; - but fondamental. <u>Buts réels</u> : - Augmenter le contrôle sur l'intervention - Satisfaire les exigences des organismes subventionnaires
DNS / DRS /CSREF/CSCOM (Equipe GAVI RSS)	2. Nombre/Pourcentage de districts atteignant un taux de couverture par le DTC3 supérieur ou égal à 80%	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS, Revue externe du PEV...) - Information fournie par les sujets (libre avec informateur- clé ; dirigée semi-structurée ou à l'aide de questionnaire)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DNS/DRS/ District sanitaire	3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 100)	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS, Revue externe du PEV...) - Information fournie par les sujets (libre avec informateur- clé ; dirigée semi-structurée ou à l'aide de questionnaire)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
	<b>Activité</b>			
DNRH, DRS, CSREF	1.1 Pourcentage de personnels techniques bénéficiant de la prime travaillant dans les zones défavorisées	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DNRH, DAF, DNS	1.2 Taux de couverture des besoins en personnels par catégories et par spécialités à tous les niveaux	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DNRH, DRS, DNS, ONG	1.3 Pourcentage du personnel des services	- Utilisation de documents officiels (données de	- Analyse quantitative	IDEM

	sanitaires formés en gestion des ressources humaines (RH)	routine du SIS)	(descriptive, analyse liée aux hypothèses)	
DNRH, DRS, DNS	2.1 Pourcentage d'équipes cadres formés en gestion et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DRS, DNS, DNRH	2.2 Pourcentage d'équipes cadres formés en management et en leadership	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
District sanitaire, ONG	2.3 Pourcentage de supervisions intégrées des CSCOM effectuées chaque année par les équipes cadres des Districts	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DPM, DNS	2.4a Nombre moyen de médicaments par ordonnance 2.4b Coût moyen de l'ordonnance	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CPS, DNS, DAF, DNRH	2.5 Pourcentage d'outils élaborés et diffusé	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive)	IDEM
DNRH, DAF, DNS, ONG	2.6 Pourcentage de personnels techniques sujets aux mécanismes incitatifs liés à la performance au niveau CSCOM, CSREF et EPH régionaux	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CADD, FELASCOM, ONG	2.7 Pourcentage de districts accrédités	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS) - Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DPM, DNS	2.8 Pourcentage de centres qui appliquent les recommandations	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DNRH, DAF	2.9 Pourcentage d'AT recrutés	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
Commune, FELASCOM, CADD, DNS, ONG	2.10 Pourcentage de CSCOM tenus par un médecin	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
Commune, FELASCOM, ONG	3.1 Taux d'application des CAM-Signature	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
District Sanitaire, ONG	3.2 Pourcentage de contrats établis et mis en	- Utilisation de documents officiels (données de	- Analyse quantitative	IDEM

	œuvre au niveau CSCOM	routine du SIS)	(descriptive, analyse liée aux hypothèses)	
DRS/DRDS et CSREF	3.3 Pourcentage de contrats établis et mis en œuvre au niveau district	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CSREF/ DRS/DRDS ES	3.4 Pourcentage de districts ayant bénéficié du renforcement de la planification	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
Mairie/ASACO, ONG	3.5 Pourcentage de communes avec les micros plans des ASACO intégrés	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
Mairie/FELASCOM, ONG	3.6 Pourcentage de FELASCOM ayant bénéficié de renforcement de compétence	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CSREF, Mairie/FELASCOM, ONG	4.1 Pourcentage de monitorages réalisés au niveau de chaque aire de santé	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	- Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CSREF, ONG	4.2 Taux de satisfaction (des superviseurs, des supervisés et des usagers des CSCOM/CSRéf)	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DRS, DNS	5.1 Taux d'utilisation des services dans les zones défavorisées	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CADD, FENASCOM	5.2 Pourcentage de Districts accrédités	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CSREF, ONG, DRS	5.3 Pourcentage des CSCOM performants	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive)	IDEM
DNRH, CADD, FENASCOM	5.4 Pourcentage de contrats de performances de structures privées	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
DRS, DNS	5.5 Pourcentage de Districts performants	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM
CPS/santé	5.6 Pourcentage des Plans de qualité (Intégré)	- Utilisation de documents officiels (données de routine du SIS)	Analyse quantitative (descriptive, analyse liée aux hypothèses)	IDEM

### **A l'attention du proposant**

*Veillez indiquer si le système S & E a besoin d'être renforcée pour mesurer les indicateurs énumérés, et si oui, préciser quels indicateurs en particulier auraient besoin d'un renforcement (tableau 6.4)*

*Veillez indiquer si la proposition pour un soutien de GAVI au RSS couvre des éléments de recherche opérationnelle qui s'attaquent à certains des obstacles présents dans les systèmes de santé dans le but de disposer de meilleures informations pour guider la prise de décisions et d'avoir une meilleure connaissance des résultats pour la santé (tableau 6.5)*

Les données collectées seront organisées, analysées et consolidées par l'équipe GAVI au RSS, tous les trois (3) mois, dans les rapports sur l'évolution des indicateurs. Ces rapports seront soumis à la Cellule de planification du Ministère de la santé, la Direction nationale de la santé et au Service d'Immunisation, pour approbation préliminaire. La validation finale de ces indicateurs sera assurée par le Comité de pilotage (CP), au nom du Comité de Suivi (CS) du PRODESS.

Les rapports sur l'évolution des indicateurs seront ensuite disséminés aux régions et aux districts à travers le bulletin trimestriel du Ministère et les rapports de rétro information. La diffusion de ces données en dehors des instances du gouvernement sera effectuée lors des réunions du Comité de Pilotage/Comité de Suivi du PRODESS, avec l'aide des PTF, la société civile et les O.N.G.

### **6.4 Renforcement du système S&E**

Afin de collecter, consolider et analyser les données relatives au suivi du soutien de GAVI au RSS du Mali, une équipe du soutien GAVI va travailler au sein de la cellule de Planification du MS, dont les capacités d'intervention méritent d'être renforcées, dans les domaines de la planification/analyses et dans le suivi/évaluation.

Cependant, les problèmes relatifs au système de monitoring et d'évaluation ont été identifiés, et les activités ci-dessous sont planifiées pour les endiguer:

- Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé
- Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)

### **6.5 Recherche opérationnelle**

La recherche devra aboutir à la révision des systèmes de motivation du personnel sur la performance du système de santé, et mieux élucider pour l'action, la problématique de : i) l'accréditation des districts sur la performance des structures et services, ii) conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM, iii) des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé, iv) des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée; v) des cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement.

Le système de recouvrement de coût sera revu pour être plus favorable aux groupes les plus défavorisés (pauvres, enfants, femmes enceintes etc.). Des facilités seront accordées aux groupes les plus pauvres en ce qui concerne le paiement des consultations, des médicaments et des soins préventifs dans les centres de santé et les établissements hospitaliers.

Plusieurs études ont été projetées en tant qu'éléments de cette proposition afin d'identifier les goulots d'étranglement dans certains domaines/secteurs et également pour être mieux équipé, pour cibler et diriger les stratégies en matière de santé. Les études prévues seront réalisées à travers les activités suivantes :

- Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées ;
- Mesurer l'effet de l'accréditation des districts sur la performance des structures et services ;
- Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO, sur la performance des CSCOM ;
- Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé ;
- Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée;
- Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement.

## 7eme partie : Dispositifs de mise en œuvre

### A l'attention du proposant

- *Veillez préciser la manière dont le soutien de GAVI au RSS sera géré (Tableau 7.1). Veuillez indiquer également les rôles et responsabilités de tous les partenaires-clés de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS (tableau 7.2)*

*Note : GAVI soutient l'alignement du soutien de GAVI au RSS sur les mécanismes existants dans les pays. Nous dissuadons fortement les proposant de mettre en place des unités de gestion des projets (UGP) pour le soutien de GAVI au RSS. Le soutien à des éventuels UGP ne sera examiné que dans des conditions exceptionnelles, et sur la base d'une justification raisonnée.*

### 7.1 Gestion du soutien de GAVI au RSS

Mécanisme de gestion	Description
Nom de la personne responsable/groupe responsable de la gestion de la mise en oeuvre du soutien de GAVI au RSS/S&E, etc.	<p>La mise en œuvre des activités de GAVI au RSS sera coordonnée par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé à travers la Cellule de la Planification et de Statistique (CPS) qui assure le secrétariat technique du PRODESS et le suivi/évaluation du programme.</p> <p>La réalisation technique relève de la responsabilité de la Direction Nationale de la Santé (DNS).</p> <p>La Direction Administrative et Financière (DAF) assure la gestion budgétaire et financière.</p>
Rôle du Comité de Suivi dans la mise en oeuvre du soutien de GAVI au RSS et dans le S&E	<p>Le comité de suivi est l'instance suprême du PRODESS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne les orientations stratégiques pour le soutien au renforcement du RSS</li> <li>• Approuve les plans d'action annuels des activités financées par GAVI</li> </ul> <p>N.B. le Comité de suivi se réunit une fois par an sous la coprésidence du Ministre de la Santé et celui du Développement Social. Il est l'organe de suivi du PRODESS II. Toutefois entre les sessions, le comité de pilotage se réunit chaque deux mois et dont les décisions sont entérinées par le comité de suivi.</p>

<p>Mécanisme de coordination du soutien de GAVI au RSS avec les autres activités et programmes du système</p>	<p>Le mécanisme de coordination retenu est celui du PRODESS , à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tenue du Conseil de Gestion pour l'adoption et la validation des plans de développement et plans opérationnels des districts sanitaires au niveau cercle. Il se réunit deux fois par an et regroupe les autorités politiques, administratives locales, la société civile, les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS.</li> <li>• La tenue du Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS II (CROCEP) pour examiner et valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.</li> <li>• La tenue du Comité technique du PRODESS II pour l'examen technique des rapports d'activité et des programmations annuelles du PRODESS en vue de leur validation par le comité de suivi.</li> <li>• La tenue du comité de pilotage pour suivre la mise en œuvre du programme et examiner les préoccupations émergentes avant la tenue du prochain comité de suivi.</li> <li>• La tenue du Comité de suivi du PRODESS II pour approuver les plans et les rapports d'activité issus du comité technique, examiner les recommandations de la mission conjointe (Etat, société civile et PTF) et entériner les décisions du comité de pilotage.</li> </ul>
---	---

## 7.2: Rôles et responsabilités des partenaires-clés (Membres du Comité de Pilotage pour le Comité de Suivi du PRODESS, et autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CP Oui/Non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en oeuvre du soutien de GAVI au RSS
M. Oumar Ibrahima TOURE	Ministère de la santé du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivis trimestriels des activités et du budget ;</li> <li>• Etablissement des contrats avec les consultants nationaux et internationaux</li> </ul>
M. Abou Bakar TRAORE Ministre des finances	Ministère des finances du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li> </ul>
Mme Bah Fatoumata Nene SY Ministre de l'Economie, de l'Industrie et du commerce	Ministère de l'économie, de l'industrie et du Commerce du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li> </ul>
Dr. Fatoumata Binta DIALLO Représentant Résident OMS Mali	OMS	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li> <li>• Etablissement des contrats avec les consultants internationaux</li> </ul>
M. Marcel RUDASINGWA Représentant Résident UNICEF Mali	UNICEF	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M. Alassane DIAWARA Représentant Résident de la	Banque Mondiale	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Établissement des contrats avec les conseillers</li> </ul>

Banque Mondiale au Mali			internationaux (être déterminé) ; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivis trimestriels des activités et du budget</li> </ul>
M. Yves Pétilion Directeur de la Coopération canadienne au Mali	ACDI	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
Représentant de la Coopération Technique Belge (CTB) Au Mali	CTB	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
Représentant Résident du FNUAP au Mali	FNUAP	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M. Souleymane DOLO Directeur	GPSP	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
M. Fadiala KEITA President FENASCOM	FENASCOM	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités et du budget</li> </ul>
Dr. Niananké KONE p/Président	Ordre des pharmaciens du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain</li> <li>• Suivi trimestriel des activités</li> </ul>
Dr. Adama DAOU p/Président	Ordres des médecins du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités</li> </ul>
Mme MAIGA Fanta CISSE p/Président	Ordre des Sages- femmes du Mali	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et appui technique ;</li> <li>• Participation aux missions de supervisions/suivi sur le terrain ;</li> <li>• Suivi trimestriel des activités</li> </ul>

#### **A l'attention du proposant**

- *Veillez présenter les dispositifs de gestion financière pour le soutien de GAVI au RSS. GAVI soutient la gestion des fonds dans le respect du budget gouvernemental. Veillez indiquer comment cet objectif sera atteint (tableau 7.3)*
- *Veillez présenter les mécanismes d'achat éventuels qui seront utilisées pour le soutien de GAVI au RSS (tableau 7.4)*

### 7.3 Gestion financière du soutien de GAVI au RSS

Mécanisme/procédure	Description
Mécanisme de transfert de fonds du soutien de GAVI au RSS au pays	Les fonds seront transférés dans le compte programme A du niveau central du PRODESS.
Mécanisme de transfert des fonds du soutien de GAVI au RSS du niveau central vers la périphérie	Les fonds seront transférés du compte programme A vers les comptes programmes B des régions, qui alimenteront les comptes programmes C des cercles.
Mécanisme (et responsabilités) d'utilisation du budget et d'autorisation	Ces comptes programmes A, B et C sont sous la responsabilité du Ministère des Finances respectivement l'agent Comptable Centrale du Trésor, le trésorier payeur de la région et le perceuteur du cercle. A la réception des requêtes, les services du Ministère des Finances mettent les ressources à la disposition des services techniques du Ministère de la Santé pour la mise en œuvre des activités.
Mécanisme de déboursement des fonds du soutien de GAVI au RSS	Les mécanismes de déboursement suivent le rythme d'avance et de justification. En effet lorsque l'avance initiale est justifiée à hauteur de 60%, le réapprovisionnement est demandé.
Procédure d'audit	Les fonds GAVI seront audités à travers l'audit externe organisé par la DAF chaque année dans le cadre du PRODESS.

### 7.4 Mécanismes d'achat et d'approvisionnement

Le mécanisme de fourniture qui sera employé respectera les méthodes d'achat des biens et des services en vigueur sur les marchés publics et aura recours soit à l'OMS, soit à l'UNICEF pour la fourniture de certains biens, si ce n'est pas le cas, ou, si cette approche apporte des avantages importants.

#### A l'attention du proposant

- *Veillez présenter les dispositifs pour rendre compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre et l'utilisation des fonds du soutien de GAVI au RSS, en y faisant figurer l'entité responsable de la préparation du RAS. (tableau 7.5)*

*Note : Le rapport annuel de situation de GAVI, qui doit être remis le 15 mai de chaque année, doit apporter : la preuve d'un emploi appropriée des fonds du soutien de GAVI au RSS, de l'existence d'audits financiers et d'achats dans les règles (conformément aux réglementations nationales ou par l'intermédiaire de l'UNICEF), la preuve de déboursements réels et réalisés efficacement (du niveau central vers les niveaux internationaux, dans le cadre d'un mécanisme SWAp, le cas échéant), et enfin, des signes de progrès montrant que les objectifs d'activité annuels et les objectifs de résultats à plus long terme pourront être atteints.*

## 7.5 Dispositifs d'établissement des comptes-rendus

Les comptes-rendus seront faits à travers le cadre commun du suivi/évaluation du PRODESS, dans un souci d'harmonisation. Les rapports d'activités techniques (donnant l'évolution des indicateurs) et financiers (donnant l'utilisation des ressources) sont produits respectivement par la DNS et la DAF et compilés par la CPS. Ce rapport compilé est validé par le comité de suivi du PRODESS et soumis à GAVI en plus du rapport d'audit externe annuel pour compte rendu.

Les données collectées seront organisées, analysées et consolidées par l'équipe du soutien GAVI au RSS, à la CPS/MS, tous les trois (3) mois dans les rapports relatifs à l'évolution des indicateurs. Ces rapports seront soumis à la DNRH/DNS/DRS, et au service d'immunisation pour l'approbation préliminaire. L'adoption finale de ces indicateurs sera effectuée par le Comité de Pilotage, pour le Comité de Suivi du PRODESS.

Les rapports relatifs à l'évolution des indicateurs seront ensuite diffusés aux régions et aux districts à travers le bulletin trimestriel du Ministère de la santé et les rapports de rétro information. La diffusion de ces données au delà des instances gouvernementales sera effectuée par l'intermédiaire des réunions du Comité de Pilotage et du Comité de Suivi, avec l'appui des PTF et la société civile.

### **A l'attention du proposant**

- *Certains pays auront besoin d'une assistance technique pour mettre en oeuvre le soutien de GAVI. Veuillez préciser le type d'assistance technique nécessaire pendant la durée du soutien de GAVI au RSS, ainsi que son origine si elle est connue (tableau 7.6).*

## 7.6 Besoins en assistance technique

Activités nécessitant une assistance technique	Durée envisagée	Date envisagée (année, trimestre)	Provenance envisagée (locale, partenaire etc.)
Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé <b>Type d'Assistance:</b> locale/Internationale	24 mois	*T4 en 2008 à T4 en 2010	Information non disponible
Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées. <b>Type d'Assistance:</b> locale/Internationale	5 semaines à compter du début du démarrage des activités	T1 et T2 en 2009	Information non disponible
Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient. <b>Type d'Assistance:</b> locale/Internationale	6 semaines à compter du début du démarrage des activités	T1 à T4 en 2009	Information non disponible
Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM. <b>Type d'Assistance :</b> locale/Internationale	6 semaines, à compter du début du démarrage des activités	T2 et T3 en 2009	Information non disponible
Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé <b>Type d'Assistance :</b> locale/ Internationale	6 semaines, à compter du début du démarrage des activités	T3 et T4 en 2009	Information non disponible
Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée <b>Type d'Assistance :</b> locale/ Internationale	6 semaines, à compter du début du démarrage des activités	T2 et T3 en 2009	Information non disponible
Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement <b>Type d'Assistance :</b> locale/Internationale	6 semaines, à compter du début du démarrage des activités	T1 et T2 en 2009	Information non disponible

\* Abréviation de Trimestre

## 8eme partie : Coûts te financement du soutien de GAVI au RSS

### A l'attention du proposant

Veillez calculer les coûts de toutes les activités pendant la durée du soutien de GAVI au RSS. Merci d'ajouter ou de supprimer des lignes/colonnes pour obtenir le nombre exact d'objectifs, d'activités et d'années. (Tableau 8.1).

Note : Veillez vous assurer que tous les coûts de soutien pour la gestion, le S&E et l'assistance technique sont inclus. Veillez convertir tous les coûts en USD (au taux d'échange actuel), et vous assurer que les deflateurs de GAVI sont utilisées pour les coûts futurs (voir les directives sur le site Web de GAVI : [www.gavialliance.org](http://www.gavialliance.org))

Note : Le total général des fonds du soutien de GAVI au RSS demandés au tableau 8.1 ne doit pas dépasser le total général des fonds du soutien de GAVI au RSS alloués au tableau 8.2. Les fonds peuvent être demandés en tranches annuelles en fonction des coûts annuels estimés des activités. Ces derniers peuvent varier d'une année sur l'autre par rapport aux sommes allouées dans le tableau 8.2.

## 8.1 Coût de la mise en œuvre des activités du soutien de GAVI au RSS

Domaine de soutien	Coût par année en USD (1 000)				
	Année de la proposition à GAVI	*Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Année 3 de mise en oeuvre	TOTAL DES COUTS
	*2008	*2009	**2010	***2011	
<b>Coûts des activités</b>					
<b>Objectif 1 Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>		93.58	100.60	138.96	333.14
<b>Activité 1.1</b> Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques		93.58	100.60	138.96	333.14
<b>Activité 1.2</b> Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue		0	0	0	0
<b>Objectif 2 Améliorer la qualité des services de santé</b>		467.22	745.18	1307.42	2 519.82
<b>Activité 2.1</b> Former les équipes cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme.		82.57	62.25	60.98	205.80
<b>Activité 2.2.1</b> Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances		0	0	0	0
<b>Activité 2.2.2</b> Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires		0	0	0	0
<b>Activité 2.3</b> Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes.		29.47	29.47	29.47	88.41
<b>Activité 2.4</b> Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact		228.66	533.54	1067.07	1829.27
<b>Activité 2.5</b> Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition		0	0	0	0
<b>Activité 2.6</b> Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient		126.52	119.92	149.90	396.34
<b>Activité 2.7</b> Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté, pour prendre en charge les districts les moins performants		-	-	-	-
<b>Objectif 3 Renforcer les capacités institutionnelles et</b>					

<b>décentralisation</b>	<b>376.70</b>	<b>360.94</b>	<b>169.51</b>	<b>907.15</b>
<b>Activité 3.1</b> Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF).	98.60	98.60	98.60	295.79
<b>Activité 3.2</b> Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet).	86.34	43.17	43.17	172.68
<b>Activité 3.3</b> Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO	53.58	71.44	17.86	142.89
<b>Activité 3.4</b> Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	138.18	147.73	9.88	295.79
<b>Objectif 4 Renforcer le système de monitoring et d'évaluation, en mettant un accent particulier sur les services périphériques</b>	-	-	-	-
<b>Activité 4.1</b> Renforcer le système de monitoring au niveau de chaque aire de santé	-	-	-	-
<b>Activité 4.2</b> Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.)	0	0	0	0
<b>Objectif 5 Renforcer la recherche opérationnelle en santé</b>	<b>183.94</b>	<b>122.95</b>	<b>0</b>	<b>306.89</b>
<b>Activité 5.1</b> Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées	0	51.81	0	51.81
<b>Activité 5.2</b> Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	64.02	0	0	64.02
<b>Activité 5.3</b> Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM.	109.76	0	0	109.76
<b>Activité 5.4</b> Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé	0	71.14	0	71.14
<b>Activité 5.5</b> Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée	0	0	0	0
<b>Activité 5.6</b> Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement.	10.16	0	0	10.16
<b>Coûts de soutien (Sans coûts gestion/S&amp;E/AT)</b>	<b>1121.44</b>	<b>1 329.67</b>	<b>1615.89</b>	<b>4 067</b>
Coûts de gestion (5%)	56.07	66.48	80.79	203.34
Coûts de soutien pour le S&E	103.93	103.93	103.93	311.79
Assistance technique	91.46	45.73	45.73	182.92
<b>TOTAL DES COUTS</b>	<b>1 372.90</b>	<b>1 545.81</b>	<b>1 846.34</b>	<b>4 765.05</b>

\* Pour le calcul des coûts du soutien de GAVI au RSS, la première année de mise en œuvre va du quatrième trimestre (Q4) de 2008, l'année de la proposition, à la fin du troisième trimestre (Q3) de la première année de mise en œuvre du soutien de GAVI.

\*\* La deuxième année de la mise en œuvre va du quatrième trimestre de la première année (2009) à la fin troisième trimestre (Q3) de l'année 2010.

\*\*\* La troisième année de la mise en œuvre du soutien commence au quatrième trimestre de l'année 2010 et se termine au quatrième trimestre de l'année 2011.

### A l'attention du proposant

- Veuillez calculer le montant des fonds disponibles par année en provenance de GAVI pour les activités du soutien de GAVI au RSS proposes, sur la base du nombre annuel de naissances et du RNB par habitant de la façon suivante (tableau 8.2):
  - Si le RNB < 365 USD par habitant, le pays est habilité à recevoir un maximum de 5 USD par habitant.
  - Si le RNB > 365 USD par habitant, le pays est habilité à recevoir un maximum de 2.5 USD par habitant.

Note : L'exemple ci-après suppose que la cohorte de naissance de l'année de la proposition de GAVI est égale à 100 000 et donne le total de l'allocation de fonds si le RNB < 365 USD par habitant et si le RNB > 365 par habitant.

### *Exemples : Calcul de l'allocation du soutien de GAVI au RSS aux pays*

Allocation du soutien de GAVI au RSS (RNB < 365 USD par habitant)	Allocation par année (USD)				TOTAL DES FONDS
	2007	2008	2009	2010	
Cohorte de naissance	100 000	102 000	104 000	106 000	
Allocation par nouveau-né	5 USD	5 USD	5 USD	5 USD	
<b>Allocation annuelle</b>	500 000 USD	510 000 USD	520 000 USD	530 000 USD	2 060 000 USD

Allocation du soutien de GAVI au RSS (RNB > 365 USD par habitant)	Allocation par année (USD)				
	2007	2008	2009	2010	TOTAL DES FONDS
Cohorte de naissance	100 000	102 000	104 000	106 000	
Allocation par nouveau-né	2.5 USD	2.5 USD	2.5 USD	2.5 USD	
<b>Allocation annuelle</b>	<b>250.000 USD</b>	<b>255 000 USD</b>	<b>260 000 USD</b>	<b>265 000 USD</b>	<b>1 030 000 USD</b>

## 8.2 Calcul de l'allocation du soutien de GAVI au RSS au Mali

Allocation du soutien de GAVI au RSS (*RNB > 365 USD par habitant)	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Année 3 de mise en oeuvre	TOTAL DES FONDS
	2008	2009	2010	2011	
Cohorte de naissance	493 683 **	494 551***	502 912***	511 273***	
Allocation par nouveau-né	2.5 USD	2.5 USD	2.5 USD	2.5 USD	
<b>Allocation annuelle</b>	<b>1 234 207.5</b>	<b>1 236 377.5</b>	<b>1 257 280</b>	<b>1 278 182.5</b>	<b>5 006 047.5</b>

Source et date des informations sur le RNB et la cohorte de naissances :

RNB: 440 USD: World Bank (2007): World Development Indicators database

\*\*Cohorte de naissances : DNSI (1998) - RGPH, Perspectives 2005-2010.

### A l'attention du proposant

Note : Le tableau 8.3 ne doit pas obligatoirement être rempli.

- Veuillez vous efforcer de préciser le montant total de toutes les dépenses prévues dans le pays au titre du renforcement du système de santé pendant toute la durée de la proposition du soutien de GAVI au RSS (tableau 8.3).

Note : Veuillez préciser les apports de fonds du gouvernement, de GAVI et des partenaires ou autres institutions de financement, S'il y a plus de quatre donateurs principaux, veuillez insérer des lignes supplémentaires. Veuillez indiquer les noms des partenaires dans le tableau, et regrouper tous les apports de fonds restants ensemble. Veuillez indiquer la source des données (Revue des dépenses publiques, CDMT, rapports des donateurs etc.)

### 8.3 Provenance de tous les financements prévus pour les activités de renforcement du système de santé du Mali

Sources de financement	Allocation par année en milliers de dollars des E.U				
	Année de la proposition à GAVI	Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Année 3 de mise en oeuvre	TOTAL DES FONDS
	2008 (T4)	2009	2010	2011	
GAVI	1372.95		1544.75	1846.34	4 764
ETAT	1675.89		1457.06	1524.50	4 657.45
COLLECTIVITES	0		0	0	0
IHP	417.08		359.36	453.47	1 229.91
Autres	1600.96		1838.81	2336.29	5776.06
FINANCEMENT TOTAL	5066.88		5199.98	6160.6	16 427.42

Source des informations sur la provenance des financements (en milliers de dollars des E.U):

GAVI	:	4 764
Gouvernement	:	4 657.45
Donateur 1 (IHP)	:	1 229.91
Donateur 2 (Collectivités)	:	0
Autres	:	5776.06

## 9<sup>ème</sup> Partie : Adoption de la proposition

### A l'attention du proposant

- *Des représentants du Ministère de la santé et du Ministère des finances et du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS), ou son équivalent, sont tenus de signer la proposition du soutien de GAVI au RSS.*
- *Tous les membres du CCSS sont tenus de signer le compte-rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition pour un soutien de GAVI au RSS a été adoptée. Le compte rend devra être remis avec la proposition (numérotée et répertoriée e annexe 1.*
- *Veillez donner le nom et les coordonnées de la personne à contacter par GAVI en cas de besoin.*

*Note : La signature des membres du CCSS tient lieu d'accord avec les informations et les projets présentés dans cette proposition et de soutien à la mise en œuvre de ces projets. Il n'implique pas aucun engagement financier ou légal de l'institution partenaire ou de l'individu.*

## 9.1 Adhésion du Gouvernement

Le gouvernement du Mali s'engage à fournir des services de vaccination et d'autres services de santé de la mère et de l'enfant sur une base durable. L'efficacité du renforcement des systèmes de santé sera évaluée chaque année sur base d'un système de suivi transparent. Le gouvernement demande aux partenaires de GAVI Alliance d'apporter une aide financière pour soutenir le renforcement des systèmes de santé tel qu'il a été présenté dans cette proposition.

### Ministère de la santé :

Nom : M. Oumar Ibrahima TOURE

Titre/Poste : Ministre de la Santé

Signature :

Date :

### Ministère des finances :

Nom : M. Abou Bakar TRAORE

Titre/Poste : Ministre des Finances

Signature :

date :

## 9.2 Adhésion du Comité de Pilotage, au nom du Comité de suivi du PRODESS dans le pays

Les membres du Comité de Pilotage, pour le Comité de Suivi du PRODESS ont adhéré à cette proposition, à l'occasion d'une réunion qui s'est tenue *le 13 février 2008 à 14 heures (Heure GMT), dans la salle de réunion du Département de la santé*. Le compte-rendu signé est joint en annexe 1.

### Président du Comité de Pilotage

Nom : Dr Lasséni KONATE

Signature :

Poste/Organisation : Secrétaire Général - Ministère de la Santé

Date :

## 9.3 Personne à contacter pour tout renseignement :

Nom : Dr Salif SAMAKE

No de tel. : (223) 223 27 26

No fax : (223) 223 27 26

Courrier électronique : samakesalif@yahoo.fr

Titre : Directeur – CPS/Santé

Adresse : Ministère de la Santé. B.P. 232, Koulouba, Bamako (Mali)

## ANNEXE 1. Documents d'appui à la proposition pour un soutien de GAVI au RSS

### ANNEXE 1 : Documents d'appui à la proposition pour un soutien de GAVI au RSS

A l'attention du proposant

\* Veuillez numéroter et répertorier dans le tableau ci-dessous tous les documents remis avec cette proposition

Note : Tous les documents d'appui doivent être présentés en anglais ou en français, sous la forme de copies électroniques dans toute la mesure du possible. Seuls les documents auxquels il est fait référence dans la proposition doivent être présentés.

Document (avec le nom d'usage équivalent dans le pays)	Disponible (Oui/Non)	Durée	Pièce jointe numéro
Plan stratégique du secteur national de la santé (ou son équivalent)	OUI	2 ans	1
PPAc <sup>1</sup>	OUI	4 ans	2
CMDT <sup>8</sup>	OUI	2 ans	3
DSRP <sup>8</sup>	OUI	4 ans	4
Documents récents d'évaluation du secteur de la santé	OUI		5
Compte-rendu de la réunion du CCSS, signé par le Président du CCSS	OUI		6

<sup>1</sup> S'il est disponible, et dans le cas contraire, fournir le Plan national de la vaccination et le Plan de viabilité financière.

<sup>8</sup> S'ils sont disponibles, merci de nous adresser les pages concernant le Remboursement du système de santé et cette proposition pour un soutien de GAVI au RSS.

## ANNEXE 2 Formulaire bancaire

Formulaire 2007 pour le soutien de GAVI au RSS

### ANNEXE 2 : Formulaire bancaire

ALLIANCE GLOBALE POUR LES VACCINS ET  
LA VACCINATION

Formulaire bancaire

#### PARTIE 1 (A compléter par le bénéficiaire)

Conformément à la décision en matière de soutien financier que l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a prise en date du -----, le Gouvernement de ----- demande par la présente qu'un versement soit effectué par transfert bancaire électronique selon les modalités ci-après :

Nom de l'institution (Titulaire du compte) :		
Adresse :		
Ville - Pays :		
Téléphone :	Fax :	
Montant en USD :	(A compléter par le Secréariat de GAVI)	Devise du compte bancaire
A créditer à :		
Titre du compte :		
N° de compte :		
A :		
Nom de la banque :		

Le compte doit-il être utilisé exclusivement par ce programme ?

OUI ( ) NON ( )

Qui assure la vérification du compte ?

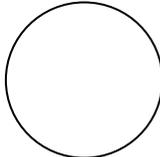
Signature du responsable gouvernemental autorisé

Nom :		Cachet :	
Titre :			

Nom : 1MCID 132 >>BDC 0 Tc 2 Tw -39.713132

**PARTIE 2 (A compléter par la banque)**

ETABLISSEMENT FINANCIER	BANQUE CORRESPONDANTE (Aux Etats-Unis)
Nom de la banque :	
Nom de la succursale :	
Adresse :	
Ville - Pays	
Code Swift :	
Code guichet :	
N° ABA :	
Téléphone :	
Fax :	

<p>Le compte doit être signé conjointement par au moins ..... (<i>nombre</i>) des responsables suivants ayant un pouvoir:</p>	<p>Nom de l'agent autorisé de la banque :</p>
<p>1 Nom : .....</p>	<p>Signature: .....</p>
<p>Titre : .....</p>	<p>Date : .....</p>
<p>2 Nom : .....</p>	<p>Cachet :</p>
<p>Titre : .....</p>	
<p>3 Nom : .....</p>	
<p>Titre : .....</p>	
<p>4 Nom : .....</p>	
<p>Titre : .....</p>	

## LETTRE DE COUVERTURE

*(A compléter par le représentant de l'UNICEF sur du papier à entête)*

A : GAVI - Secrétariat  
Att. Mr Julian Lob-Levyt  
Secrétaire exécutif  
A/s UNICEF  
Palais de Nations  
CH 1211 Genève 10  
Suisse

*Le ..... j'ai reçu l'original du FORMULAIRE BANCAIRE, qui est annexé à la présente.*

*Je certifie que le formulaire porte les signatures des responsables suivants :*

	Nom	Titre
Responsable autorisé du gouvernement	.....	.....
Responsable autorisé de la banque	.....	.....

Signature du représentant de l'UNICEF :

Nom .....

Signature .....

Date .....

### ANNEXE 3. Activités principales avec le Calendrier d'exécution et les Entités responsables

		2008	2009				2010				2011				Entités responsables			
		**T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
<b>Objectif 1</b>	<b>Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>																	
Activité 1.1	Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				DNRH, DAF, FENASCOM
Activité 1.2	Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				DNRH, DAF
Activité 1.3	Former le personnel des services de santé en gestion de RH					x						x						DNRH, DAF, Société civile (GPSP, FENASCOM)
<b>Objectif 2</b>	<b>Améliorer la qualité des services de santé</b>																	
Activité 2.1	Former les équipes cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	x					x											DNRH, DAF
Activité 2.2	Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances		x				x	x										CSREF, Société civile
Activité 2.3	Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				CSCOM, CSREF, Société civile
Activité 2.4	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				DNS, DPM, DAF
Activité 2.5	Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	x	x															DNS, Secteur Privé lucratif
Activité 2.6	Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition	x	x	x	x			x	x	x		x	x	x				DNS, DPM
Activité 2.7	Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				CADD, Société civile, DNS
Activité 2.8	Appliquer les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés																	DNS, DPM, DAF
Activité 2.9	Recruter un AT pour chaque région des deux zones de pauvreté pour prendre en charge les districts les moins performants	x	x															DAF, DNRH, DNS
<b>Objectif 3</b>	<b>Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>																	

Activité 3.1	Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.	x	x	x												CADD, Société civile
Activité 3.2	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSCOM)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CADD, Société civile, DNS, DAF
Activité 3.3	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)				x				x					x	x	CADD, Société civile, DNS, DAF
Activité 3.4	Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)		x	x	x	x	x	x								CPS, DRS, DNS, Société civile
Activité 3.5	Intégrer au niveau des aires de santé, les micros plans des ASACO dans celui des Collectivités communes															CPS, DRS, DNS, Société civile
Activité 3.6	Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO															Société civile, CSREF, DRS
Activité 3.7	Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CPS, DNRH
<b>Objectif 4</b>	<b>Renforcer et institutionnaliser un système de monitoring et d'évaluation</b>															
Activité 4.1	Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Société civile, CSREF, DRS, CPS
Activité 4.2	Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)		x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	Equipe cadre district, DRS, DNS
<b>Objectif 5</b>	<b>Renforcer la Recherche opérationnelle en santé</b>															
Activité 5.1	Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DNRH, DAF, DNS, Société civile, INRSP, Faculté de Médecine
Activité 5.2	Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CADD, Société civile, DNS, DRS
Activité 5.3	Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM															CADD, Société civile, DNS
Activité 5.4	Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CADD, DNS, Société civile
Activité 5.5	Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée	x	x				x	x					x	x		DNS, Faculté de Médecine, INRSP,
Activité : 5.6	Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CADD, Société civile

#### ANNEXE 4. Activités principales avec les Eléments de mise en œuvre et de coûts

Objectif 1	Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques	Eléments de mise en œuvre	Eléments de coûts en MF (milliers de Francs CFA)
Activité 1.1	Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	Les associations de santé communautaires seront impliquées dans la remise des primes afin de renforcer la bonne collaboration avec le personnel. La DAF et les collectivités décentralisées exerceront un contrôle.	La prime mensuelle d'enclavement des 2 membres du personnel technique des CSCOM (tous statuts confondus) sera portée à 40 MF et 60 MF respectivement en zone 1 et 2 de pauvreté. La première année, il s'agit de 281 CSCOM en zone 2 et 154 en zone. La croissance annuelle tient compte de l'extension de la couverture géographique.
Activité 1.2	Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue	Il s'agit essentiellement de formation et de l'acquisition d'un logiciel de gestion pouvant suivre l'emploi du personnel, tous statuts confondus.	Calculé sur base du CDMT
Activité 1.3	Former le personnel des services de santé en gestion de RH	Formation continue dans les CSCOM, CSREF et DRS. Les activités seront menées en collaboration de la DNS, DAF, FENASCOM et ONG.	Calculé sur base du CDMT, soit par an CSCOM: 108653 MF, CSREF: 72146 MF, DRS: 15840 MF
Objectif 2	Améliorer la qualité des services de santé		
Activité 2.1	Former les équipes cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	Atelier de formation des formateurs 2008, formation de 9 Régions et 20 Districts en 2009 puis 20 et 19 Districts en 2010 & 2011	les ateliers régionaux sont estimés à 5000 MF, ceux des districts à 2500 MF
Activité 2.2	Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances	Il est prévu, conformément au PRODESS, 1 supervision par trimestre par CSCOM	Les montants tiennent compte de perdiems, un forfait carburant pour une distance moyenne de 50 km et l'accroissement de la couverture géographique
Activité 2.3	Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires	Il s'agit d'un forfait par chef de CSCOM	20 MF par trimestre par CSCOM; y compris l'accroissement de la couverture géographique
Activité 2.4	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes	Cette activité sera faite par les équipes cadres de districts selon les dispositions de l'ordre des médecins	calculé sur base du CDMT
Activité 2.5	Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	Cette activité sera menée en collaboration avec l'association des médecins de campagne: 100 médecins en 2009, 200 en 2010 & 300 en 2011	250 MF par mois par médecin
Activité 2.6	Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition	A réaliser au niveau central	un forfait, y compris l'organisation d'un atelier de consensus
Activité 2.7	Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche	En 2008 il s'agira d'élaborer les outils et de diffuser l'information. Ensuite chaque région procèdera à l'évaluation	Dès 2009: 1000 MF par district par an y compris 500 MF pour les districts le plus performant des régions

	centrée sur le patient	et la nomination du district le plus performant	
Activité 2.8	Appliquer les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	suivi de routine	
Activité 2.9	Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté, pour prendre en charge les districts les moins performants	recrutement de 4 AT(1/région, en charge les districts défavorisés /moins performants de la région )	1500 MF/mois par assistant technique
<b>Objectif 3</b>	<b>Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>		
Activité 3.1	Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.	Missions de supervision des FELASCOM pour veiller à l'application des contrats de convention d'assistance mutuelle chaque année accompagnées d'une évaluation à mi-parcours en 2009 et une évaluation finale en 2011.	20 000 MF chaque année pour les FELASCOM et en 2009 et 2011, respectivement 30 000 MF et 60000 MF pour les évaluations.
Activité 3.2	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSCOM)	Il s'agit de subvention accordée au secteur privé à but non lucratif.	Le coût est conforme aussi à celui du CDMT mais majoré de 1/3 pour la prise en compte du privé ; et linéaire pour les années 2010 et 2011.
Activité 3.3	Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)	Il s'agit de subvention accordée au secteur privé à but non lucratif.	Le coût est conforme aussi à celui du CDMT.
Activité 3.4	Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)	Une moyenne de 35 participants (ref décret 114) a été retenue compte tenu du nombre de CSCOM souvent élevé par district (par exemple 48 à KOUTIALA).	Le coût unitaire est celui du monitoring (600 MF par jour pendant 3jours). 59 districts x 1 800 MF= 106 200 MF.
Activité 3.5	Intégrer au niveau des aires de santé, les micro plans des ASACO dans celui des Collectivités communes	Les activités se tiendront au niveau des communes (703) avec l'appui des districts.	Un coût estimatif de 300 MF a été retenu par commune.
Activité 3.6	Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO	Activité étalée sur 2009 et 2010.	:703 Communes x 100 MF=70 300 MF .
Activité 3.7	Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	L'activité est étalée sur toute la durée du soutien	3 à 4 professionnels qualifiés et compétents seront mobilisés par la CPS et travailleront à plein temps, pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du soutien
<b>Objectif 4</b>	<b>Renforcer et institutionnaliser un système de monitoring et d'évaluation</b>		
Activité 4.1	Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé	L'Equipe cadre du District veillera à impliquer l'ensemble des acteurs locaux	Calculé sur base du CDMT soit par an et selon les zones de pauvreté =237006 MF+146718 MF+ 26136

			MF
Activité 4.2	Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)	Formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM par les équipes cadres de districts (CSRef).	Calculé sur base du CDMT soit par an et selon les zones de pauvreté '=9504MF+9504MF+2376MF
<b>Objectif 5</b>	<b>Recherche opérationnelle</b>		
Activité 5.1	Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées	il s'agit d'une activité ponctuelle mais assez longue.	forfait maximal 30 000 MF
Activité 5.2	Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	il s'agit de 2 activités ponctuelles mais assez longues.	forfait maximal 30 000 MF
Activité 5.3	Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM	échantillon aléatoire de 10 aires par régions	P U de 700 par aire (x 10 x 9 régions)
Activité 5.4	Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé	il s'agit d'une activité ponctuelle mais assez longue.	forfait maximal 70 000 MF
Activité 5.5	Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment sur le volet supervision intégrée	il s'agit de 2 activités ponctuelles mais assez longues dans chaque région.	1500 MF x 9 régions
Activité : 5.6	Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement	il s'agit d'une activité ponctuelle mais assez longue.	forfait maximal 30 000 MF

## ANNEXE 5. Eléments de Budget détaillé

### 5.1 Coût des activités par année et par source de financement

Domaine de soutien	Année 1 de mise en oeuvre				Année 2 de mise en oeuvre				Année 3 de mise en oeuvre			
	Part réservée à GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservée à GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires	Part réservée à GAVI	IHP	Etat	Autres partenaires
<b>Objectif 1 Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>												
Activité 1.1 Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	46,041.36		101,880.00		49,495.20		101,880.00		68,368.32		127,350.00	
Activité 1.2 Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue	0.00		144,375.00				69,375.00				46,250.00	
Activité 1.3 Former le personnel des services de santé en gestion de RH	0.00	98,319.50				98,319.50				98,319.50		
<b>Objectif 2 Améliorer la qualité des services de santé</b>												
Activité 2.1 Former les équipes-cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	40,624.44		20,312.50	20,312.50	30,627.00		15,312.50	15,312.50	30,002.16		15,000.00	15,000.00
Activité 2.2.1 Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances			145,626.25				152,941.25				193,462.50	
Activité 2.2.2 Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires				68,050.00				75,050.00				103,000.00
Activité 2.3 Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes.	14,499.24	14,500.00	14,500.00	14,500.00	14,499.24	14,500.00	14,500.00	14,500.00	14,499.24	14,500.00	14,500.00	14,500.00
Activité 2.4 Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	112,500.72			112,500.00	262,501.68			262,500.00	524,998.44			525,000.00

Activité 2.5 Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition	0.00		5,625.00	5,625.00			13,125.00	13,125.00			3,750.00	3,750.00
Activité 2.6 Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	62,247.84				59,000.64				73,750.80			
Activité 2.7 Appliquer les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	0.00											
Activité 2.8 Recruter un AT pour chaque région de la zone 1 de pauvreté pour prendre en charge les districts les moins performants				72,000.00					72,000.00			36,000.00
<b>Objectif 3 Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>												
Activité 3.1 Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.	0.00	57,500.00				27,500.00				85,000.00		
Activité 3.2 a Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSCOM)	0.00		107,775.50	107,775.50			107,775.50	107,775.50			107,775.50	107,775.50
Activité 3.2 b Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF)	48,511.20		97,020.00	97,020.00	48,511.20		97,020.00	97,020.00	48,511.20		97,020.00	97,020.00
Activité 3.3 Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONGs, le Préfet)	42,479.28		84,960.00	84,960.00	21,239.64		42,480.00	42,480.00	21,239.64		42,480.00	42,480.00
Activité 3.4 Intégrer au niveau des aires de santé, les micros plans des ASACO dans celui des Collectivités communes	0.00											
Activité 3.5 Renforcer les compétences des felascom pour appuyer les ASACO	26,361.36				35,148.48				8,787.12			
Activité 3.6 Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	67,984.56				72,683.16				4,860.96			
<b>Objectif 4 Renforcer le système de monitoring et d'évaluation, en mettant un accent particulier sur les services périphériques</b>												
Activité 4.1 Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé			102,465.00	204,930.00			102,465.00	204,930.00			102,465.00	204,930.00

Activité 4.2 Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)		21,384.00				22,987.80				25,286.58		
<b>Objectif 5 Renforcer la recherche opérationnelle en santé</b>												
Activité 5.1 Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées,	0.00				25,490.52				0.00			
Activité 5.2 Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.	31,497.84								0.00			
Activité 5.3 Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM,	54,001.92				0.00				0.00			
Activité 5.4 Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé,	0.00				35,000.88				0.00			
Activité 5.5 Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée	0.00									0.00		
Activité 5.6 Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement	4,998.72				0.00				0.00			
<b>Coût total des activités</b>	551,748.48	191,703.50	824,539.25	787,673.00	654,197.64	163,307.30	716,874.25	904,693.00	795,017.88	223,106.08	750,053.00	1,149,455.50
Coût de gestion (soutien GAVI)	27,587.42				32,709.88				39,750.89			
Coût de soutien pour S&E	51,133.56				51,133.56				51,133.56			
Assistance technique	44,998.32				22,499.16				22,499.16			
Total des coûts	675,467.78				760,540.24				908,401.49			

## 5.2 Ventilation des activités par Trimestre, toute source de financement confondue

Domaine de soutien	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre					Année 2 de mise en oeuvre					Année 3 de mise en oeuvre					TOTAL DES COÛTS (en milliers F CFA)
	2008	2009					2010										
Coûts des activités	T4	T1	T2	T3	T4	TT 2009	T1	T2	T3	T4	TT 2010	T1	T2	T3	T4	TT 2011	
<b>Objectif 1 Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques</b>		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		1,344,929
Activité 1.1 Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques	36,980	36,980	36,980	36,980	36,980	147,920	38,131	38,131	38,131	38,131	152,524	39,397	39,397	39,397	39,397	157,588	495,012
Activité 1.2 Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue	37,500	35,625	35,625	35,625	35,625	142,500	11,250	11,250	11,250	11,250	45,000	8,750	8,750	8,750	8,750	35,000	260,000
Activité 1.3 Former le personnel des services de santé en gestion de RH	49,160	49,160	49,160	49,160	49,160	196,639	49,160	49,160	49,160	49,160	196,639	36,870	36,870	36,870	36,870	147,479	589,917
<b>Objectif 2 Améliorer la qualité des services de santé</b>		0	0	0	0		0	0	0	0							3,520,874
Activité 2.1 Former les équipes-cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme	10,000	23,750	23,750	23,750	23,750	95,000	12,500	12,500	12,500	12,500	50,000	11,875	11,875	11,875	11,875	47,500	202,500
Activité 2.2.1 Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelle et le coût des ordonnances	35,035	36,864	36,864	36,864	36,864	147,455	38,693	38,693	38,693	38,693	154,770	38,693	38,693	38,693	38,693	154,770	492,030

Domaine de soutien	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre					Année 2 de mise en oeuvre					Année 3 de mise en oeuvre					TOTAL DES COÛTS (en milliers F CFA)
	2008	2009					2010										
	T4	T1	T2	T3	T4	TT 2009	T1	T2	T3	T4	TT 2010	T1	T2	T3	T4	TT 2011	
Activité 2.2.2 Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires	15,700	17,450	17,450	17,450	17,450	69,800	19,200	19,200	19,200	19,200	76,800	20,950	20,950	20,950	20,950	83,800	246,100
Activité 2.3 Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant audits médicaux internes.	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	58,000	14,500	14,500	14,500	14,500	58,000	14,500	14,500	14,500	14,500	58,000	188,500
Activité 2.4 Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact	0	75,000	75,000	75,000	75,000	300,000	150,000	150,000	150,000	150,000	600,000	225,000	225,000	225,000	225,000	900,000	1,800,000
Activité 2.5 Élaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle et la prise en charge de la malnutrition		3,750	3,750	3,750	3,750	15,000	7,500	7,500	7,500	7,500	30,000	0	0	0	0		45,000
Activité 2.6 Instaurer un système d'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient	3 247.84	14,750	14,750	14,750	14,750	59,000	15,998	15,750	15,750	14,750	62,248	15,998	15,750	15,750	14,750	62,248	183,496
Activité 2.7 Appliquer les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 2.8 Recruter un AT pour chaque région des deux zones de pauvreté pour prendre en charge les districts les moins performants	36,000	36,000	36,000	36,000	36,000	144,000	36,000	36,000	36,000	36,000	144,000	36,000				36,000	360,000
<b>Objectif 3 Renforcer les capacités institutionnelles et décentralisation</b>		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		2,626,233

	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre					Année 2 de mise en oeuvre					Année 3 de mise en oeuvre					TOTAL DES COUTS (en milliers F CFA)
		2009					2010										
Domaine de soutien	2008																
Coûts des activités	T4	T1	T2	T3	T4	TT 2009	T1	T2	T3	T4	TT 2010	T1	T2	T3	T4	TT 2011	

Domaine de soutien	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre					Année 2 de mise en oeuvre					Année 3 de mise en oeuvre					TOTAL DES COÛTS (en milliers F CFA)
	2008	2009					2010										
	T4	T1	T2	T3	T4	TT 2009	T1	T2	T3	T4	TT 2010	T1	T2	T3	T4	TT 2011	
Activité 3.6 Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé	0	16,822	16,996	16,996	17,171	67,985	18,171	18,171	18,171	18,171	72,683	4,861				4,861	145,529
<b>Objectif 4 Renforcer le système de monitoring et d'évaluation, en mettant un accent particulier sur les services périphériques</b>		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		1,299,238
Activité 4.1 Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé	102,465	102,465	102,465	102,465	102,465	409,860	102,465	102,465	102,465	102,465	409,860	76,849	76,849	76,849	76,849	307,395	1,229,580
Activité 4.2 Améliorer la qualité des supervisions intégrées (formation et suivi régulier de supervisions des CSCOM/CSRef.)	5,346	5,346	5,346	5,346	5,346	21,384	5,881	5,881	5,881	5,881	23,522	4,851	4,851	4,851	4,851	19,406	69,658
<b>Objectif 5 Renforcer la recherche opérationnelle en santé</b>		0										0	0	0	0		151,003
Activité 5.1 Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées,		0					30,000				30,000	0	0	0	0		30,000
Activité 5.2 Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.		31,497.84				31,497.84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31,497.84
Activité 5.3 Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM,				54,002		54,002	0										54,002

Domaine de soutien	Année de la proposition a GAVI	Année 1 de mise en oeuvre					Année 2 de mise en oeuvre					Année 3 de mise en oeuvre					TOTAL DES COÛTS (en milliers F CFA)
	2008	2009					2010					2011					
	T4	T1	T2	T3	T4	TT 2009	T1	T2	T3	T4	TT 2010	T1	T2	T3	T4	TT 2011	
Activité 5.4 Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé,		0					0		35,001		35,001	0	0	0	0	0	35,002
Activité 5.5 Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée		13,500				13,500	13,500				13,500					0	27,000
Activité 5.6 Évaluer les cadres de concertation locaux en vue de leur renforcement		4,999				4,999	0										

## ANNEXE 6. Eléments descriptifs des activités du soutien de GAVI au RSS

### 6.1 Objectif 1 : // vise à Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques.

Pour améliorer la qualité de l'offre des services et par conséquent, l'augmentation de la demande, il est plus que nécessaire de disposer des RH suffisantes, qualifiées et motivées. L'analyse des données récoltées par les outils de suivi de mise en œuvre du PRODESS, montre déjà en 2001 et 2002, une relation significative entre la stabilité du personnel technique dans les aires de santé et les résultats en termes de couverture et d'utilisation des services. Il s'agira donc, d'offrir au personnel technique travaillant dans les zones défavorisées et de pauvreté, une récompense financière et non financière. Des nouveaux postes budgétaires seront créés dans les cercles des régions appartenant à la zone 1 de pauvreté et aux zones défavorisées. Ces postes seront attribués non pas à la personne à motiver, mais au poste lui-même. Au préalable, des ateliers préparatoires et de concertation seront organisés, pour toutes les zones concernées.

La principale activité définie (en vue du soutien de GAVI au RSS) pour cet objectif est :

- **Renforcer le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques.** Il s'agit de contribuer au développement de nouvelles compétences techniques stables, capables de travailler dans les zones périphériques, pour garantir la qualité et la continuité des soins de santé. L'existence de RH suffisantes, compétentes, qualifiées et motivées, est un préalable essentiel pour une bonne performance du Système de Santé. Le MS, par le biais de ses directions centrales (DNRH, DAF), les CT, la société civile, et avec l'appui technique de l'OMS, sont les organes compétents, en charge de la mise en œuvre du soutien de GAVI.

Le paiement des primes est nécessaire pour améliorer la disponibilité, la stabilité, et la motivation du personnel dans les services de santé périphériques. Ainsi, l'intervention permettra d'étendre la couverture et la qualité de l'offre des services, parce que le personnel devient plus motivé et fera son mieux pour la qualité des soins et le fonctionnement des services. Cette intervention s'inscrit pleinement dans le cadre stratégique national du secteur de santé et dans les plans sectoriels. Dans le cadre d'une réforme du domaine des ressources humaines, il y a lieu d'introduire pour les services de santé, le concept de « contrat de moyens et de résultats » et pour le personnel du fonctionnariat, de contrats de performance (évaluation de la performance des équipes de santé et paiement de primes de performance).

Cette activité est novatrice dans le sens : (i) qu'il s'agit d'une prime pour personnel non fonctionnaire, (ii) pour personnel technique fonctionnaire ; (iii) que le niveau de primes dépend de plusieurs critères (milieu rural, zone enclavée, zone de pauvreté) et (iv), que ce sont les ASACO employeurs et le MS qui paient les primes aux ayant droit. Les critères d'éligibilité proposés sont les suivants :

- Choix de se limiter au chef de centre pour favoriser la répartition équitable du personnel technique disponible, plutôt qu'une concentration, dans certains centres.
- Choix de favoriser les zones rurales comparées aux zones urbaines, conformément au CSLP et aux constats notamment de l'analyse des données de l'outil de suivi de la mise en œuvre du PRODESS constatant la situation meilleure en zone urbaine.
- Des différents rapports, il ressort que certaines zones isolées connaissent des problèmes plus exacerbés : ainsi la zone 2 du CSLP et les cercles de la zone 1 dont plus de 20% des aires sont sans personnel technique ont été privilégiés.

Certes, l'introduction d'une telle prime est aussi souhaitable dans le secteur de santé communautaire et dans quelques cas rares, ce type de prime existe déjà. Cependant, nous considérons une introduction généralisée d'une telle prime trop tôt.

- **Renforcer le sous-système d'information sur les RH, toute appartenance confondue.** Il s'agit de finaliser et d'opérationnaliser la banque de données sur les RH pour le suivi de chaque agent de santé en temps réel, pour la gestion des affectations et mutations, pour la planification des plans de carrière et des recrutements, ainsi que pour la projection des besoins futures en RH. Les structures compétentes responsables de la mise en œuvre de cette cible opérationnelle sont la CPS, la DNRH, la DAF et la DNS, avec l'appui technique de l'OMS et des autres PTF.

La mise en œuvre de cette cible opérationnelle et de toutes les cibles secondaires suppose des préalables comme, des logiciels de gestion, un équipement informatique et une installation réseau ainsi que la formation de techniciens à cet effet, la création/réactualisation du fichier du personnel.

**6.2 Objectif 2 vise à Améliorer la qualité des services de santé.** Trois dimensions principales des services méritent d'être considérées : Technique, sociale et économique.

Au niveau de la structure, la dimension technique de la qualité inclut : i) l'adéquation de la formation des personnels (incluant les gestionnaires) aux exigences de leurs tâches ; ii) l'actualisation de leurs connaissances et capacités techniques; iii) le caractère sécuritaire des ressources matérielles et physiques, des lieux de prestation de services. Au niveau des processus, elle concerne l'organisation de la production, la compétence avec laquelle les ressources sont utilisées et les tâches exécutées. Au niveau des résultats, la qualité technique se mesure en termes d'efficacité, c'est-à-dire de la production réelle des effets prévus.

Par dimension sociale (ou relationnelle), on entend les aspects des services de santé reliés aux interactions entre les acteurs impliqués dans la production, principalement entre producteurs et consommateurs (accueil, humanisation, satisfaction, etc...). On peut y inclure aussi les relations entre les diverses catégories de producteurs. Au plan du processus de production lui-même, la dimension sociale inclut la qualité de la relation établie par les prestataires avec le récipiendaire des services en termes du respect et de l'empathie manifestés (écoute, compréhension des besoins, attentes, inquiétudes de l'utilisateur). Quant au niveau des résultats, on peut en mesurer la qualité en termes de la satisfaction de l'utilisateur (qui peut très bien être élevée même si la qualité technique est faible et vice-versa), de son entourage et des producteurs eux-mêmes.

La dimension économique concerne les éléments de coûts associés à la production et à la consommation des services. Des coûts de production maintenus bas par le recours à des ressources moins coûteuses à qualité égale permettent d'accroître l'accessibilité économique aux services.

L'évaluation peut porter sur : i) les éléments de structure (composantes utilisées pour leur production (ressources en personnel, en équipement, en fournitures, en infrastructures), de même que le cadre organisationnel dans lequel la production est faite ; ii) les éléments de processus (méthodes, opérations, façon de faire des employés pour produire les services) ; iii) les résultats du processus de production (service lui-même et ses effets et impacts).

Les principales activités définies pour cet objectif sont :

- **Former les équipes cadres de districts en gestion, leadership et selon les besoins de la mise en œuvre du programme.** Des équipes cadres compétentes, qualifiées et motivées, constituent l'un des garants de l'amélioration de la qualité des services et la continuité des soins. Il s'agit de renforcer les capacités des équipes cadres des districts ou créer de nouvelles capacités, aussi bien dans la gestion des services de santé, que dans l'offre de soins de santé de qualité. Ceci contribuera à améliorer la qualité de l'offre des soins, et par conséquent, l'augmentation de la demande des services. Le MS, par le biais de la DNRH, la DAF, la CPS, avec l'appui technique de l'OMS sont les organes compétents pour la mise en œuvre de toutes les composantes (tâches) de cette activité. Des ateliers de formation seront organisés dans les régions de la zone 1 de pauvreté d'abord et ensuite dans les autres régions, en fonction des besoins.

- **Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM y compris le contrôle des prescriptions rationnelles et du coût des ordonnances.** Afin de contribuer à l'amélioration du bon fonctionnement de la pyramide des services de santé, il s'agira d'intégrer les activités dans le but d'en améliorer la couverture et de diminuer les coûts. La supervision intégrée s'insère dans le cadre de la formation continue et de la rétro information, conditions essentielles au maintien de la motivation et de la productivité; c'est un corollaire indispensable de la délégation des tâches ou de responsabilité d'un niveau supérieur à un niveau inférieur.

Pour intégrer les objectifs visés, les activités intégrées doivent répondre à des caractéristiques d'organisation: i) même lieu; ii) même moment; iii) même équipe; iv) dossier commun. Les équipes cadres de district sont les organes compétents en charge de la mise en œuvre de toutes les composantes (tâches) inhérentes à cette activité. Des ateliers de formation seront d'abord organisés au niveau régional, pour les équipes de ce niveau et ensuite au niveau district pour celles des CSREF. Des équipes bien formées et motivées, même avec peu de ressources, contribueront à surmonter les obstacles ainsi que les principales composantes de l'activité.

- **Effectuer la supervision trimestrielle des relais communautaires.** La mise en œuvre de cette activité se fera selon le même processus que l'activité 2.2 ci-dessus.

- **Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les audits médicaux internes.** Il s'agit, non seulement, de rendre accessible, de façon continue, les populations des zones concernées, à toute la gamme de médicaments essentiels et à un coût abordable, mais aussi et surtout, de gérer de façon rationnelle les prescriptions, afin que le coût des ordonnances médicales ne soit pas exorbitant. Pour ce faire, il faudra renforcer les capacités techniques des équipes de supervisions. Les équipes de la DNS, avec l'appui technique de l'OMS sont les organes compétents à cet effet.

La réalisation des différentes composante de cette activité est possible grâce à la réalisation d'ateliers de formation/sensibilisation des équipes concernées et des prescripteurs, à la mise à jour de protocoles thérapeutiques et de la liste des médicaments essentiels génériques, et à l'organisation du processus de supervisons intégrées.

- **Renforcer la médicalisation des services de santé de premier contact.** Des services de qualité ne peuvent être offerts aux populations et de façon continue, sans RH compétentes, suffisantes et motivées. De plus en plus, ces ressources se font rares dans le secteur public. Ce qui impose d'investir dans le secteur privé lucratif malien, afin de renforcer davantage, la collaboration Public-privé, ce qui est l'un des préalables de l'offre de services de qualité et partant, la performance du système de soins. Le MS à travers la DNS, les ordres professionnels sanitaires, avec l'appui technique de l'OMS, sont les structures compétentes en charge de la mise en œuvre des composantes de cette activité.

Des ateliers de formation et de sensibilisations des professions libérales sanitaires, la signature des contrats de performance de l'Etat avec les professions concernées, le suivi/évaluation de toutes les taches inhérentes à l'activité, sont les moyens essentiels à la réalisation de l'activité.

réalisation d'un guide sur la contractualisation et tout récemment la volonté d'élaborer une politique nationale de contractualisation.

Il s'agit de renforcer non seulement les capacités d'intervention du MS, à travers ses instances centrales et régionales, mais aussi celles des CT auxquelles le Ministère de la santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières (cf décret 02-314), à gérer efficacement les problèmes de santé au niveau périphérique. Ceci aidera grandement les services de santé concernés à accomplir efficacement leur mission et leur rôle redéfinis dans la mise en œuvre du PRODESS... Ainsi le Maire est le responsable de l'administration sanitaire dans sa circonscription. Le soutien de GAVI au RSS, s'inscrit dans ce cadre.

Tous les documents de politique socio sanitaire du Mali mettent l'accent sur la nécessaire implication des acteurs privés dans la mise en œuvre des différents projets, programmes et plans y afférents. Cette implication ne saurait se faire de manière informelle et isolée. Elle nécessite que les parties, notamment l'Etat, la société civile, les collectivités territoriales et le secteur privé lucratif, entrent en relation contractuelle. La multiplicité des acteurs et des objets sur lesquels ces relations contractuelles pourraient porter, incite à avoir une politique contractuelle comme cadre de régulation pour l'établissement de contrat dans ce domaine. Mieux la politique contractuelle est le prétexte pour rappeler la mission de service public que les privés associés à l'Etat s'engageront à respecter.

Les centres de santé à but non lucratif autres que les CSCOM participent de fait à la mission de service public. Les Ministères chargés de la Santé et du Développement Social veillent à ce que les relations avec cette catégorie de prestataires évoluent vers une forme contractuelle dont l'esprit est l'association à la mission de service public.

Parmi les stratégies novatrices pour atteindre cet objectif, on citera entre autres, l'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système : i) Maîtriser le système de santé ; ii) améliorer l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification ; iii) améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires ; iv) coordonner et évaluer le PRODESS en impliquant les autres acteurs ; v) suivre et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.) ; vi) coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP ; vii) améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG ; viii) promouvoir la redevabilité des établissements de santé, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations ; ix) étudier la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs ; x) créer une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.

Les principales activités associées à l'atteinte de cet objectif sont:

- **Veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les communes et les ASACO.** L'objectif de la contractualisation est l'amélioration de la performance du système de santé. Il s'agit d'établir des relations contractuelles mutuellement avantageuses, afin que les acteurs du système de santé focalisent leur attention sur l'amélioration de leur performance et de produire les meilleurs résultats au bénéfice des structures concernées et de leurs cibles. Ceci permettra ainsi d'orienter ces différents intervenants du secteur socio sanitaire dans leurs démarches.

L'Etat doit toujours s'efforcer à ce que ses partenaires apportent la meilleure prestation possible pour la population; il doit veiller à ce que cette liberté contractuelle ne puisse pas s'exprimer au détriment des collectivités territoriales; il reconnaît les relations contractuelles déjà existantes en encourageant et en renforçant les expériences déjà en cours qui doivent s'intégrer dans la politique actuelle; Les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services socio sanitaires doivent être sauvegardés. Ainsi, les mécanismes de participation des populations qui ont été progressivement mis en place ne doivent pas être remis en cause par la contractualisation; le respect de la mission de service public demeure un élément fondamental de la contractualisation; la contractualisation doit se faire dans le respect mutuel entre les acteurs quels qu'ils soient. Il est important que les acteurs évitent autant que possible les situations conflictuelles et privilégient les solutions dnt est509ct:9nflctuela(rrelations contractuellei doivsat2)-6'étabuel entnt des acteurs quisue nementpar lapacisanté

deux (2) membres ASACO, un (1) maire, la FELASCOM, l'équipe CSréf, le Préfet, le Conseil de cercle, l'AMM de cercle, les ONG. Le 1<sup>er</sup> jour de l'atelier est consacré à l'évaluation des engagements de chaque acteur de la convention, et le 2<sup>ème</sup> jour : stratégies pour l'accomplissement des engagements.

- **Développer le partenariat Public Privé au niveau district, par l'élaboration de contrats de performance sur l'ensemble du PMA et l'échange d'information (niveau CSREF).** L'analyse de la situation a également mis en exergue que les capacités techniques pour un recours efficace à la contractualisation sont encore insuffisantes, quels que soient les acteurs concernés. Il s'agit, pour le Ministère de la santé, au vu de ces raisons, d'élaborer une politique nationale de contractualisation afin de:
  - i) s'assurer que le recours à la contractualisation par les différents acteurs s'effectue dans le respect des politiques nationales de développement Social et de Santé;
  - ii) de s'assurer que les arrangements contractuels établis entre les acteurs de la santé contribuent à améliorer la performance du système de santé;
  - iii) de proposer un cadre de référence pour l'établissement des contrats et, par conséquent, d'envisager sa contribution à l'amélioration de la performance. Il ne s'agit pas de remettre en cause la liberté contractuelle mais de faire en sorte que cette liberté s'inscrive dans un cadre cohérent;
  - iv) d'inciter les acteurs du secteur à recourir à la contractualisation à chaque fois qu'une analyse détaillée a montré qu'elle pouvait être un outil pertinent;
  - v) de mieux associer le secteur privé dans la mise en œuvre de la politique nationale de développement social et de santé, afin de créer une dynamique de complémentarité des acteurs en recherchant leur synergie et en exploitant leurs différentes expériences;
  - vi) la contractualisation a longtemps été vue comme un outil permettant de régler les problèmes au quotidien rencontrés par des acteurs soucieux de préserver leurs intérêts individuels réciproques. La présente politique de contractualisation vise à ce que les acteurs placent leurs relations contractuelles dans une perspective de long terme et privilégient la pérennité des relations dans l'intérêt des populations;
  - vii) d'harmoniser les pratiques contractuelles afin d'éviter les effets négatifs d'expériences aux objectifs et aux modalités de mise en œuvre contradictoires et pouvant entraîner des inégalités entre les populations;
  - viii) d'améliorer la qualité des relations contractuelles. En mettant l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités techniques de tous les acteurs, la politique de contractualisation souligne l'importance d'une maîtrise de cet outil si l'on veut s'assurer de bons résultats;
  - ix) d'identifier les domaines dans lesquels des aménagements réglementaires devront être apportés afin de rendre plus aisé le recours à la contractualisation;
  - x) de favoriser la mise en œuvre de la décentralisation en permettant aux collectivités territoriales dans l'exercice des compétences qui leur ont été transférées, d'avoir recours à la contractualisation pour formaliser leur lien avec l'Etat d'une part et avec les organisations de la société civile d'autre part;
  - xi) d'aider les acteurs dans la démarche contractuelle;
  - xii) de permettre, par la clarification des interventions des différents acteurs, de renforcer la capacité d'évaluation et de suivi des mécanismes contractuels et constitue ainsi un facteur d'amélioration du système socio sanitaire.

Les organes compétents en charge de cette activité sont les DRS et les DRDSES. La réalisation de l'activité est possible grâce à un atelier régional organisé par la DRS et DRDSES pour élaborer les contrats, la signature au moment du monitoring régional et un suivi deux fois par an au cours des supervisions et des conseils de gestion.

- **Renforcer le processus d'élaboration des PO au niveau du district (5 jours : participation d'une personne de la DRS, 1 personne FELASCOM, 1 personne CT, 1 personne ONG, le Préfet).** Il s'agit de renforcer davantage, le niveau district dans l'élaboration des PO. Ceci aidera à une meilleure réflexion des équipes locales, sur les problèmes locaux de santé de leur district et de définir par conséquent, les stratégies adéquates nécessaires pour pouvoir les affronter ou les contourner.

L'équipe de CSREF et le conseil de cercle sont les structures compétentes en charge de la mise en œuvre de toutes les composantes de l'activité. Un atelier préparatoire du rapport et de l'élaboration par l'équipe proposée dans l'activité, avec l'appui de la gestion (utilisation des outils du PRODESS élaborés par CPS/OMS), puis un atelier du Conseil de gestion selon décret 115, sont prévus à cet effet.

- **Intégrer au niveau des aires de santé, les micros plans des ASACO dans celui des Collectivités communes.** Avec le transfert de compétence, la signature de la convention d'assistance mutuelle, précédemment dévolue à l'administration du district sanitaire, est maintenant du ressort de la commune. La convention d'assistance mutuelle type a été révisée. Mais il subsiste encore deux problèmes majeurs à savoir : i) la non maîtrise du processus de contractualisation par les acteurs ; ii) et la non prépondérance de la place des services techniques des Ministères de

Les structures compétentes de mise en œuvre sont l'ASACO, le personnel technique et la commission santé de la mairie. La réalisation de l'activité se fera par la mise en place d'une commission d'élaboration par décision du maire composée des membres d'ASACO, du personnel CSCOM et la commission santé de la Mairie ; l'élaboration du projet de micro plan et un atelier de validation du micro plan au niveau communal avec l'appui du Csréf et du SDES.

- **Renforcer les compétences des FELASCOM pour appuyer les ASACO.** Il s'agit de renforcer les capacités techniques des communes et des ASACO. Les Ministères de la Santé et du Développement Social devront être vigilants sur l'implication de leurs services techniques dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la contractualisation tout en s'assurant qu'eux-mêmes disposent des compétences nécessaires pour mener à bien ces missions. La FELASCOM et le Conseil de gestion du Cercle sont en charge de la mise en œuvre de l'activité, en collaboration avec le MS et l'appui technique de l'OMS. La réalisation de l'activité se fera à travers un atelier de formation des membres (18 par cercle) des FELASCOM en gestion (planification, analyse institutionnelle et organisationnelle), animation communautaire, plaidoyer et suivi ; une (1) session par cercle avec un recyclage après 2 ans, vu le caractère électoral des membres de ces organisations.
- **Renforcer les capacités d'intervention du niveau central du Ministère pour appuyer le système de santé.** En faisant sienne la résolution de la 56<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé qui recommande aux Etats Membres l'élaboration d'une politique de contractualisation, le Mali indique sa volonté de s'assurer que cet outil conduira bien à une amélioration de la performance du système de santé et ne nuira pas à l'intérêt général des populations dont les Ministères en charge du secteur socio sanitaire sont le garant.

L'analyse de la situation a également mis en exergue que les capacités techniques, à la fois, pour un recours efficace à la contractualisation et la mise en œuvre des interventions sont encore insuffisantes, quels que soient les acteurs concernés. Ainsi, la mise en œuvre des composantes du soutien de GAVI, notamment, la médicalisation des services périphériques et l'assistance technique, pour renforcer les districts les moins performants, nécessite des qualifications, des compétences et d'expérience, ce qui s'avère encore insuffisant au niveau central. Il s'agit donc de renforcer les capacités de la CPS/MS ou créer de nouvelles capacités, en planification et en suivi/évaluation, afin de pouvoir accompagner le processus de mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS.

Le MS, par le biais de la DNRH, la DAF, La DNS et la CPS, avec l'appui technique de l'OMS, sont en charge de la mise en œuvre des différentes composantes de l'activité.

La réalisation de cette activité se fera à travers des ateliers préparatoires sur la mise en œuvre, et de formation (un atelier par an), qui seront organisés à la CPS. Ces ateliers porteront sur la planification/gestion et le suivi/évaluation de la mise en œuvre. La durée de chaque atelier sera définie en fonction des besoins du programme.

### Cas d'une micro planification d'une ASACO qui sera intégrée dans le plan des Communes

#### **Illustration: Commission d'élaboration, composition et mandat – Cas d'une ASACO**

Cette démarche méthodologique, s'applique à tous les échelons (local, cercle, région, national) de l'organisme concerné. Tous les éléments décrits ci-dessous (commission, atelier, participants, procédure, etc.) doivent être respectés.

#### **a) Objectif de la programmation dans l'aire de santé**

L'approche de la microprogrammation annuelle a plusieurs objectifs dont quelques uns nous semblent très essentiels à signaler:

- La réalisation du bilan des actions programmées afin d'apprécier la cohérence entre les intentions et les actions dans le cadre de la politique de santé,
- La planification du micro plan de l'aire de santé pour la période à venir conformément aux calendriers sectoriels,

- L'articulation de notre planification ou programmation avec celle des autres acteurs au développement (services techniques, collectivités, partenaires techniques et financiers, ONG, associations de femmes et de jeunes, etc.) pour une gestion coordonnée et concertée des actions dans le sens d'une amélioration des conditions de vie des populations (santé, éducation, nutrition, hygiène assainissement).
- Le renforcement d'un partenariat fécond entre les acteurs à la base par l'implication et la participation de tous dans le processus du développement local. Cette approche favorise une gestion concertée et transparente des ressources (humaines, matériel et financières),
- Dotation de nos organes de gestion d'un outil de gestion et de négociation en vue de formaliser les relations entre les acteurs dans la logique d'une gestion efficace et efficiente.

Pour la responsabilisation des collectivités dans la gestion du système de santé dans l'espace communal, une commission d'élaboration du micro plan annuel est mise en place par une décision du maire sur proposition de l'ASACO.

#### **b) Composition de la commission**

Cette commission est composée de quatre (4) personnes qui sont:

- le Président du Conseil d'Administration,
- le technicien responsable du CSCOM,
- le Président de la commission santé au niveau la mairie,
- Le trésorier général l'ASACO.

*NB : La commission peut faire appel à toute autre personne en fonction de ses compétences.*

#### **c) Mandat de la commission**

La commission a pour mandat de:

- Collecter toutes les données nécessaires à l'élaboration du micro plan en collaboration avec les autres acteurs.
  - Elaborer la version provisoire du micro plan qui sera soumis à l'atelier pour validation.
  - Organiser l'atelier de programmation sanitaire de l'aire pour la validation du micro plan dont une copie doit être transmise au centre de santé de référence pour servir de base à l'élaboration du PO annuel du district sanitaire, à la FELASCOM et à la mairie pour intégration dans leur PO respectif.
  - Assurer le secrétariat de l'atelier de micro planification,
  - Intégrer les observations de l'atelier dans la version provisoire du micro plan et déposer auprès du Conseil d'administration de l'ASACO la version finale du micro plan.
- i) L'atelier de programmation dans l'aire (Microprogrammation)*
- La date est proposée par la commission d'élaboration du micro plan au maire de la commune qui invite les différents acteurs avec l'ordre du jour.
  - Le maire préside la réunion de l'atelier qui prend un ou deux jours.
  - Le document de l'atelier doit comprendre deux parties essentielles, il s'agit du bilan de l'année n-1 et de la programmation de l'année suivante (n+1) qui seront présentés par un des membres de la commission d'élaboration.
  - Les discussions porteront sur les insuffisances du bilan d'une part en vue de trouver des stratégies adaptées et d'autre part sur la mobilisation des fonds nécessaires à l'exécution du micro plan.
  - Le processus doit terminer dans les aires de santé avant le démarrage de la planification des autres acteurs (services techniques, OSC, partenaires techniques et financiers).
- ii) Les principaux acteurs pour l'atelier*
- Les relais des villages de l'aire de santé,
  - Le Conseil d'administration de l'ASACO,
  - Le Comité de gestion du CSCOM,
  - Les membres du Comité de surveillance,
  - Les maires des communes concernées par l'aire santé,
  - Les membres de la commission de santé des mairies concernées,
  - L'administration (sous - préfet),
  - Un membre du bureau des thérapeutes de l'aire de santé,
  - Le responsable de l'association des femmes,
  - Le responsable de l'association des jeunes,
  - Les ONG ou partenaires de la santé des communes concernées,
  - L'équipe technique du CSCOM,
  - L'équipe d'appui du CSRéf,
  - L'équipe d'appui des autres services techniques.

**6.4 Objectif 4. Il vise à renforcer le système de monitoring et d'évaluation.** Pour contribuer à l'appréciation de la performance du système de santé, le suivi et l'évaluation des interventions portant sur la résolution des problèmes de santé de la population sont plus que nécessaires, en permettant de suivre et d'apprécier : i) le travail d'une équipe de santé du point de vue de la qualité des services offerts et de leurs résultats ; ii) la progression du travail; iii) la performance des membres de l'équipe de santé ; iv) l'efficacité avec laquelle sont utilisées les ressources; v) la gestion de l'équipe de santé.

Afin de collecter, consolider et analyser les données relatives au suivi du soutien de GAVI au RSS du Mali, une équipe du soutien GAVI va travailler au sein de la cellule de Planification du MS, dont les capacités d'intervention méritent d'être renforcées, dans les domaines de la planification/analyse et dans le suivi/évaluation.

Cependant, les problèmes relatifs au système de monitoring et d'évaluation ont été identifiés, et les activités ci-dessous sont planifiées pour les endiguer:

Les principales définies pour atteindre cette cible opérationnelle sont :

- **Renforcer le système de monitoring/suivi au niveau de chaque aire de santé.** Le monitoring est l'un des éléments fondamentaux du bon fonctionnement de la pyramide des services de santé; c'est un corollaire indispensable de la délégation des tâches ou de responsabilité d'un niveau supérieur à un niveau inférieur ; il permet d'apporter aux personnes concernées, les conseils qu'elles réclament et surtout les encouragements que nécessite leur fonction ; enfin elle s'insère dans le cadre de la formation continue et de la rétro information, condition essentielle au maintien de la motivation et de la productivité. Il s'agit d'améliorer les façons d'observer la progression et la qualité du travail du soutien de GAVI au RSS ou dans chacune de ses composantes. Le suivi se fera au moyen d'une liste de vérification lors des visites de supervision. Elle se fera aussi par des entretiens, des discussions et l'étude des dossiers et des rapports. Il se peut que le programme soit réorienté à la suite d'informations recueillies lors du monitoring.

Les structures compétentes en charge de cette activité sont : la CPS, la DNS, la DRS, avec l'appui technique de l'OMS.

Comment assurer le suivi/monitoring ? Il portera sur quatre domaines importants : l'exécution, la progression du travail, l'appréciation de la performance du personnel, l'utilisation des ressources. Pour assurer le suivi de :

- i) l'exécution, il convient de se poser deux grandes questions : Les résultats sont-ils ceux qu'on attendait ? Sont-ils appréciables ?
- ii) de la progression du travail, deux questions fondamentales à poser peuvent être : les résultats sont-ils ceux qui étaient prévus ? Sinon, pourquoi ? Le monitoring de la progression permet de mesurer le rendement de l'équipe de santé.
- iii) l'appréciation de la performance du personnel, les deux questions fondamentales restent encore : les résultats sont-ils aussi bons qu'ils peuvent l'être ? Sinon pourquoi ? L'un des buts importants de l'appréciation de la performance doit être de mesurer la contribution réelle de chacun au travail fourni par chacun des membres de l'équipe.
- iv) l'utilisation des ressources. A ce niveau le monitoring tente de découvrir quel est le rapport entre d'une part les ressources utilisées et d'autre part les résultats obtenus pendant l'échéancier du soutien de GAVI au RSS, afin de répondre aux questions suivantes : certaines ressources pourraient-elles permettre d'obtenir de meilleurs résultats ? Certains résultats pourraient-ils être obtenus avec moins de ressources ?

- **Améliorer la qualité des supervisions intégrées (guide, formation et suivi régulier des supervisions des CSCOM/CSRef.).** Il s'agit de l'élaboration/reatualisation du guide de supervision, la formation et du suivi régulier de supervisions des CSCOM par les équipes cadres de districts (CSRef). Les structures compétentes en charge de cette activité sont, les équipes cadres de districts, la DRS, la DNS, la société civile et avec l'appui des PTF, notamment l'OMS et l'UNICEF. Les stratégies de mise en œuvre de cette activité sont les mêmes que celles citées pour l'activité ci-dessus.

**6.5 Objectif 5. Il vise à renforcer la recherche opérationnelle en santé.** La recherche a été, jusqu'ici, peu développée au niveau du système des soins. Il n'existe pas de politique nationale, ni de plan national de recherche. Néanmoins dans la plupart des régions, avec l'appui des partenaires et des assistants techniques, plusieurs thèmes de recherche opérationnelle ont été exécutés mais tous les résultats n'ont pas été suffisamment diffusés et appliqués. Une politique nationale de recherche en santé a été élaborée et validée en 2004. Le retard de son adoption n'a pas permis la création du Conseil National de Recherche Essentielle en Santé comme prévu. Les problèmes peuvent être résumés comme suit:

- i) l'insuffisance dans la mobilisation de fonds pour la recherche ;
- ii) la faible capacité de diffusion et d'utilisation des résultats de la recherche ;
- iii) l'insuffisance de formation du personnel du niveau opérationnel et des hôpitaux à la méthodologie de la recherche ;
- iv) l'insuffisance de coordination des activités de recherche, sur le plan sectoriel et sur le plan intersectoriel.

Il s'agit ainsi de développer la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé. De plus, dans la mesure où un système de soins vise des objectifs de réponse aux besoins de santé, il importe de mesurer les effets de l'utilisation des services sur eux. Il s'agit de se demander dans un premier temps si les services produisent les effets recherchés, ou prédits, autrement dit s'ils sont efficaces ; une intervention peut avoir une grande efficacité potentielle, telle que testée en laboratoire par exemple, mais n'arrive qu'une efficacité réelle faible. Il faut alors chercher à identifier les facteurs qui expliqueraient les écarts entre le possible et l'observé: on peut les trouver dans des problèmes de : a) accessibilité, b) comportements inappropriés des prestataires ou des utilisateurs, c) qualité de ressources.

Dans le contexte précis du volet recherche du soutien de GAVI au RSS, celui contribuera à :

- i) s'assurer que les arrangements contractuels établis entre les acteurs de la santé contribuent à améliorer la performance du système de santé;
- ii) proposer un cadre de référence pour l'établissement des contrats et, par conséquent, d'envisager sa contribution à l'amélioration de la performance. Il ne s'agit pas de remettre en cause la liberté contractuelle mais de faire en sorte que cette liberté s'inscrive dans un cadre cohérent;
- iii) inciter les acteurs du secteur à recourir à la contractualisation à chaque fois qu'une analyse détaillée a montré qu'elle pouvait être un outil pertinent;
- iv) mieux associer le secteur privé dans la mise en œuvre de la politique nationale de développement sanitaire et social, afin de créer une dynamique de complémentarité des acteurs en recherchant leur synergie et en exploitant leurs différentes expériences;
- v) harmoniser les pratiques contractuelles afin d'éviter les effets négatifs d'expériences aux objectifs et aux modalités de mise en œuvre contradictoires et pouvant entraîner des inégalités entre les populations; vi) d'améliorer la qualité des relations contractuelles. En mettant l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités techniques de tous les acteurs, la politique de contractualisation souligne l'importance d'une maîtrise de cet outil si l'on veut s'assurer de bons résultats;
- vii) identifier les domaines dans lesquels des aménagements réglementaires devront être apportés afin de rendre plus aisé le recours à la contractualisation; favoriser la mise en œuvre de la décentralisation en permettant aux collectivités territoriales dans l'exercice des compétences qui leur ont été transférées, d'avoir recours à la contractualisation pour formaliser leur lien avec l'Etat d'une part et avec les organisations de la société civile d'autre part;
- viii) permettre, par la clarification des interventions des différents acteurs, de renforcer la capacité d'évaluation et de suivi des mécanismes contractuels et constitue ainsi un facteur d'amélioration du système socio sanitaire.

Les principales activités définies, dans le cadre du soutien de GAVI sont :

- **Mesurer l'effet de la motivation du personnel technique dans les zones défavorisées.** Le personnel de santé tout comme les travailleurs d'autres secteurs vit une situation difficile due à des conditions de vie et de travail bien précaires. La motivation du personnel de santé est une condition essentielle et indispensable à la mise en œuvre de tout programme de santé. C'est pourquoi une attention particulière est accordée dans le PRODESS II, aux stratégies visant l'amélioration des conditions de vie du personnel sanitaire pour garantir l'offre de soins de qualité.

Il s'agit donc, dans le cadre de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS, d'améliorer la productivité des agents de santé au travail à travers une meilleure gestion. Les structures compétentes en charge de la mise en œuvre de l'activité sont : i) le MS au travers de la DNRH, la DAF, La CPS, la DNS, et avec l'appui technique des PTF, notamment l'OMS ; ii) la société civile, iii) la FENASCOM. L'activité sera réalisée grâce à une équipe de chercheurs multidisciplinaires recrutés au niveau des enseignements supérieurs, du MS et de la DNSI. Les enquêteurs seront formés à la méthodologie de la recherche opérationnelle en santé.

- **Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelles entre les collectivités et les ASACO sur la performance des CSCOM.** Avec le transfert de compétence, la signature de la convention d'assistance mutuelle, précédemment dévolue à l'administration du district sanitaire, est maintenant du ressort de la commune. La convention d'assistance

mutuelle type a été révisée. Mais il subsiste encore deux problèmes majeurs à savoir: la non maîtrise du processus de contractualisation par les acteurs ; et la non prépondérance de la place des services techniques des Ministères de la santé et du Développement Social dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la contractualisation.

Afin de mieux assurer la responsabilité de chacun des acteurs et son effet sur la performance des CSCOM, il s'agira de mesurer, à travers une recherche opérationnelle, l'effet de la démarche contractuelle signée entre les collectivités et les ASACO, pour la mise en œuvre partielle ou totale des instruments tantôt évoqués tout en insistant sur la notion de service public.

- **Mesurer l'effet des contrats de performance à travers le Partenariat Public Privé.** Les documents de politique socio sanitaire du Mali mettent l'accent sur la nécessaire implication des acteurs privés dans la mise en œuvre des différents projets, programmes et plans y afférents. Cette implication ne saurait se faire de manière informelle et isolée. Elle nécessite que les parties entrent en relation contractuelle. La multiplicité des acteurs et des objets sur lesquels ces relations contractuelles pourraient porter, incite à avoir une politique contractuelle comme cadre de régulation pour l'établissement de contrat dans ce domaine. Mieux la politique contractuelle est le prétexte pour rappeler la mission de service public que les privés associés à l'Etat s'engageront à respecter.

La politique de contractualisation souligne l'importance qu'à l'avenir les relations contractuelles entre le Ministère de la santé et le secteur privé devront davantage être axées sur des formes réciproques de coopération basées sur la notion de "faire ensemble" qui traduit mieux l'esprit de partenariat. Les groupements de coordination en tant qu'interface entre d'une part l'Etat, les partenaires financiers, les ONG internationales et d'autres part les ONG locales, devraient davantage s'impliquer à ce que ces relations évoluent dans le sens d'un meilleur partenariat.

Afin d'apporter le meilleur service aux populations, il est nécessaire que chaque acteur du secteur de la santé soit le plus efficace possible. La contractualisation est un outil qui peut être mobilisé pour atteindre ce résultat. Il s'agira donc de démontrer par une recherche opérationnelle, l'effet possible des contrats de performance signés entre le Ministère de la santé et le privé (lucratif ou non), en termes de contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne. Il est en outre utile que la contractualisation interne soit mise en place progressivement et soit régulièrement évaluée de sorte à retenir les meilleures expériences et à éviter les erreurs.

Le MS à travers la DNRH, la CADD, la DAF, la CPS, la société civile, la FENASCOM, avec l'appui technique des PTF, notamment l'OMS, sont les organes compétents en charge de la mise en œuvre de toutes les composantes de l'activité. La réalisation de l'activité se fera selon le même processus décrit précédemment, pour les autres activités de recherche.

- **Mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient.** La politique de contractualisation suggère le développement des réseaux de soins et d'une contractualisation appropriée.

La prise en charge globale du patient est très complexe et devient de plus en plus une nécessité; l'objectif qui est alors poursuivi consiste à mieux coordonner la chaîne des soins délivrés au patient par les acteurs de la santé, notamment au niveau district, conjointement ou successivement. La réponse opérationnelle à cette logique prend de plus en plus la forme d'un réseau de soins c'est-à-dire un réseau mettant en relation plusieurs acteurs. Ainsi l'apport de chaque membre au réseau mais aussi ses engagements seront formalisés dans un contrat dont le niveau de performance va être mesuré. Cette approche permet aux acteurs socio sanitaires de garder leur identité tout en s'intégrant dans une dynamique de soins orientée vers le bien être global de l'individu. L'objectif du réseau est donc de coordonner les soins apportés par chacun des acteurs du réseau de mutualiser et d'échanger leur connaissance. La notion de réseau est récente au Mali. Il existe néanmoins certaines expériences dans le domaine du VIH et de l'économie solidaire et sociale.

Il s'agira ainsi, par une recherche opérationnelle, de mesurer l'effet de l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient. Les structures compétentes pour la réalisation de cette activité sont la CADD, la DNRH, la DAF, la CPS, la société civile, la FENASCOM, la Tjique de selldctville.e

- **Mesurer l'effet des interventions des DRS sur l'amélioration des services des districts sanitaires en général et notamment le volet supervision intégrée.** Les orientations actuelles de l'administration malienne dans son ensemble visent à introduire la notion de gestion axée sur les résultats, notion qui entraîne une plus grande responsabilisation des services déconcentrés qui va de paire avec un plus grand espace de décision. Il s'agit ainsi de mesurer le niveau des performances des interventions des DRS, sur l'amélioration l'état de santé des populations et partant, sur l'amélioration de la qualité de l'offre des soins de santé. La mise en œuvre des composantes de l'activité se fera selon le même processus, que les autres activités de recherches définies ci-dessus.

Les structures compétentes en charge de cette cible opérationnelle sont la CPS, la DNS, l'Université du Mali, la FENASCOM, la société civile, avec l'appui technique des PTF, notamment l'OMS.