

**EVALUATION DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT
SOCIO-SANITAIRE III- 2014-2018**

COMPOSANTE SANTE ET HYGIENE PUBLIQUE

RAPPORT D'EVALUATION



LISTE DES ABREVIATIONS :

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ASACO	Association de Santé Communautaire
CADD-Santé	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration du Secteur de la Santé
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CEPRIS	Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires
CPN	Consultation Périnatale
CPS/ SSDSDF	Cellule de Planification et Statistiques du Secteur de la Santé, du Développement social et de la Promotion de la Femme
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du Programme socio-sanitaire
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSRéf	Centres de Santé de Référence
DGB	Direction Générale du Budget
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRB	Direction Régionale du Budget
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DTC	Directeur Technique du Centre
DTCP3	Vaccin Diphtérique, Tétanique, Coquelucheux et Poliomyélitique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIPM	Enquêtes sur les Indicateurs du Paludisme
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
INSTAT	Institut National de la Statistique
IOTA	Institut d'Ophthalmologie Tropicale de l'Afrique
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MNT	Maladies Non Transmissibles
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSPSANTE	Outil de gestion des produits de santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PO	Plan Opérationnel
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire

PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAT	Rapport d'Activités Techniques
SDADME	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SIFE	Système d'informations des Femmes et Enfants
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SS	Système de Santé
VAR	Vaccin anti-rougeole
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations unies pour la population)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

TABLE DES MATIERES :

1. RESUME :	1
2. INTRODUCTION :	7
A. Le prodess :	7
B. Contexte de la commande :	11
C. Mandat de la mission :	11
3. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION :	12
A. Théorie du changement :	12
B. Questions d'évaluation :	14
C. Matrices d'évaluation :	15
D. Détails sur la collecte et l'analyse de données :	18
4. RESULTATS DE L'EVALUATION :	24
A. Résultats sur l'efficacité :	24
B. Résultats sur la gouvernance :	41
C. Résultats sur les effets :	46
5. CONCLUSION DE L'EVALUATION :	61

1. RESUME :

Mandat :

La présente évaluation est une mission pilote d'évaluation des politiques publiques, se concentrant sur le volet 1 « Santé et Hygiène Publique » du Programme de Développement Socio-Sanitaire III (PRODESS III), sur la période s'étendant de 2014 à 2018.

Méthodologie :

Six questions d'évaluation ont été retenues pour cette évaluation, grâce à une analyse des besoins prioritaires d'information sur le programme, compte tenu du fait que nous nous situons à un moment charnière entre la fin d'exécution de cette phase III et la mise en place de la prochaine phase. Ces questions sont regroupées en trois thèmes principaux : l'efficacité, la gouvernance et les effets sur la population.

Une méthodologie mixte de collecte et d'analyse de données a été déployée pour répondre aux questions d'évaluation, en mettant l'accent sur les réalités de terrain vécues par la population malienne. Ainsi, en plus d'entrevues menées auprès des acteurs de la santé aux niveaux central, régional et local, la mission a réalisé un sondage auprès des prestataires et des bénéficiaires des services de santé et une étude de cas sur la référence/ évacuation.

Résultats :

La mission a abordé l'évaluation à travers six questions regroupées en trois sous-ensembles liés aux grands questionnements de performance des politiques publiques à savoir l'efficacité, la gouvernance et les effets.

Les travaux de collecte et d'analyse de données ont abouti aux résultats ci-dessous :

EFFICACITE

L'efficacité est un questionnement qui permet d'établir une corrélation entre les résultats produits par le PRODESS III et les objectifs assignés. A cet effet, la mission devait répondre à 3 questions d'évaluation en vue de conclure sur l'efficacité du PRODESS III.

Question d'évaluation 1 : Les objectifs assignés au PRODESS III ont-ils été atteints ?

L'efficacité, tant stratégique qu'opérationnelle du PRODESS III, est limitée car la majorité des objectifs assignés n'ont pas été atteints. Sur de nombreux indicateurs de suivi du programme, des progrès sont perceptibles, mais lents, et ils n'ont pas atteint pas les cibles escomptées en 2018.

Les principaux goulots d'étranglement qui affectent l'efficacité du PRODESS III sont essentiellement dus à un manque de moyens auquel les acteurs de la santé font face, en raison du mode de financement du programme, à l'insuffisance et à la mauvaise répartition des ressources humaines et à un

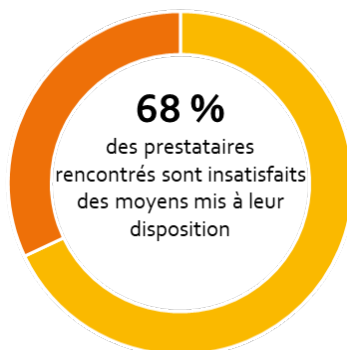
déficit de coordination entre les actions menées dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention. A cela, il faut ajouter la faible marge de manœuvre des hôpitaux sur le plan financier. Au demeurant, certains objectifs ont certainement été formulés de manière trop ambitieuse, toute chose qui ne permettait pas l'atteinte des résultats.

Question d'évaluation 2 : Le mode de financement du PRODESS III a-t-il favorisé la réalisation des activités prévues ?

Le mode de financement du PRODESS n'a pas favorisé la réalisation des activités prévues. En effet, le financement du système sanitaire constitue le frein principal à l'efficacité du PRODESS III. Avec seulement moins de 5% du budget général d'Etat consacrés au secteur de la Santé, la mise en œuvre des activités opérationnelles est fortement affectée d'autant plus que la mise à disposition des ressources du budget d'Etat s'avère souvent difficile et tardive, que la participation des partenaires extérieurs dans le PRODESS est en baisse et que la mobilisation des ressources propres au niveau communautaire est tout aussi délicate

Question d'évaluation 3 : Quelle a été la contribution du PRODESS sur les capacités techniques et opérationnelles des acteurs de sa mise en œuvre ?

De l'analyse des résultats des collectes de données, il ressort que la mise en œuvre du PRODESS III a amélioré les capacités techniques et opérationnelles des acteurs de la santé. Cette amélioration a été constatée à travers la construction ou la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, le renforcement du plateau technique, les formations du personnel, les achats de matériels et équipements. Malgré ces progrès visibles, les moyens mis à disposition des prestataires restent dans l'ensemble faibles face aux besoins immenses de la population, ce qui crée un fort sentiment d'insatisfaction.



En vue d'améliorer l'efficacité du PRODESS, la mission recommande par conséquent au Ministère de la Santé de renforcer la coordination du programme afin d'améliorer la mobilisation et la mise à disposition efficace des financements du volet Santé et Hygiène Publique du PRODESS. Elle lui recommande également d'adopter une gestion stratégique des ressources humaines pour notamment garantir un équilibre entre les affectations au niveau central et aux niveaux régional et local. Enfin la mission recommande au Ministère chargé de la Santé de prévoir un mécanisme d'accompagnement des hôpitaux en tenant compte du déficit généré par le plafonnement de tarification et les gratuités instituées.

GOVERNANCE

Le choix de la gestion participative comme mode de gouvernance constitue une singularité du PRODESS par rapport à beaucoup d'autres politiques de santé à travers le monde. Pour se prononcer sur ce mode de gouvernance, la mission devait répondre à une seule question d'évaluation.

Question d'évaluation 4 : La gestion participative du PRODESS a-t-elle permis une meilleure administration du service public de la santé ?

La gestion participative du PRODESS a permis une meilleure administration du service public de la santé. En effet, cette gestion participative a permis aux populations d'être actrices de leur propre santé. Elle a favorisé la démocratie locale et généré plus d'engouement et d'engagement des communautés à œuvrer pour la réussite de la santé communautaire, ce qui crée une forte augmentation de la satisfaction des populations desservies par un CSCOM.

Toutefois, des insuffisances dans la fonctionnalité des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS III et certains problèmes de fonctionnement au sein des organes de gestion des ASACO et de collaboration avec les collectivités territoriales ont pu affecter la gouvernance de l'intervention. C'est pourquoi, la mission recommande au Comité de suivi du PRODESS de mettre en place un mécanisme pérenne de financement des réunions des Conseils de gestion et des CROCEP. Aussi, elle recommande à la FENASCOM, aux FERASCOM et aux FELASCOM de poursuivre les actions de dynamisation de la gouvernance des ASACO en vue de leur fonctionnement régulier. Enfin, la mission recommande aux ASACO et aux Communes d'améliorer leur relation de collaboration conformément à la Convention d'Assistance Mutuelle.

EFFETS OU IMPACTS SUR LA POPULATION

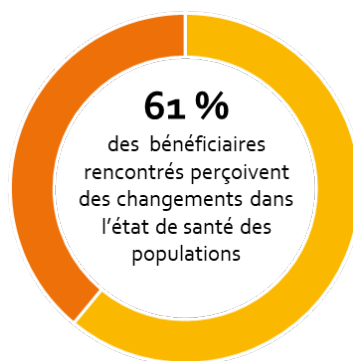
Sous l'angle des effets, il s'agissait pour la mission de se demander si les populations ont ressenti un progrès dans la qualité des prestations de santé dont elles sont bénéficiaires, grâce au PRODESS III. Pour ce faire, deux questions d'évaluation ont été posées.

Question d'évaluation 5 : Le PRODESS a-t-il contribué à l'amélioration de la qualité des prestations de santé ?

Le PRODESS III a amélioré l'accès au système de santé grâce à la construction et à l'équipement d'infrastructures sanitaires. De plus, la politique de santé communautaire a permis de rapprocher la santé des populations tout en leur permettant d'accéder aux soins et médicaments essentiels à un coût jugé toutefois élevé par un très grand nombre de bénéficiaires.



Les populations sont majoritairement satisfaites non seulement de la qualité des prestations mais aussi de la prise en charge dont elles ont bénéficié de la part du personnel médical et citent, entre autres, la qualité de la prise en charge des femmes enceintes, l'efficacité du traitement des maladies saisonnières (paludisme et autres), un meilleur suivi des enfants à travers les activités de vaccination et de nutrition, et la qualité des agents de santé qui les soignent. Néanmoins les effets positifs du PRODESS III restent toutefois à nuancer, puisque l'accessibilité des soins n'est pas encore effective sur l'ensemble du territoire, et les coûts des ordonnances, des évacuations ou même des déplacements vers le plus proche CSCOM restent élevés pour de nombreux citoyens. Des dysfonctionnements locaux, des défauts de paiements des quotes-parts, l'enclavement de certaines zones d'habitation, les lenteurs de traitement des dossiers d'AMO et le manque de ressources matérielles ou humaines sur le terrain constituent encore des freins à la réalisation d'effets positifs plus notoires et plus durables.



Question d'évaluation 6 : Le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a-t-il amélioré la santé maternelle et néo-natale ?

Le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a amélioré la santé maternelle et néo-natale grâce à une prise en charge rapide et efficace des complications obstétricales chez les femmes référées ou évacuées. Cependant, l'efficacité dudit système est menacée par des difficultés tenant essentiellement au non-paiement des quotes-parts par certains acteurs. Une autre difficulté affectant l'efficacité du système réside dans le mauvais état des routes en milieu rural.

- De ce qui précède, la mission recommande au Comité de suivi du PRODESS de veiller non seulement à la poursuite du renforcement du plateau technique pour mieux répondre aux besoins des prestataires et des populations, mais aussi de faire un plaidoyer en vue de la poursuite des efforts de renforcement de l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé. Aussi, elle recommande à la CANAM de revoir le processus de traitement des dossiers et de paiement à temps des factures d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). La mission recommande également aux ASACO et aux CSRéf de renforcer les concertations locales afin de repenser les modalités d'un financement régulier et pérenne du système de la référence/évacuation aux ASACO et de sensibiliser davantage les communautés afin de cultiver une dynamique de recours précoce et systématique des femmes aux consultations prénatales. Enfin

la mission recommande aux comités de gestion de la référence évacuation de s'inspirer des bonnes initiatives identifiées à Bafoulabé et en commune IV du District de Bamako afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et les parturientes référées ou évacuées.

2. INTRODUCTION :

A. Le prodeess :

1. En vue d'apporter des réponses adéquates aux multiples problèmes de santé qui affectent le bien-être des populations, le Gouvernement du Mali a adopté, le 15 décembre 1990, une déclaration de Politique sectorielle de santé et de la population. Cette volonté politique s'est traduite par l'adoption des différentes phases du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) qui présente la vision du Gouvernement du Mali en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et pour la réduction de la pauvreté, conformément aux orientations du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2017.
2. Le Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS) apparaît comme la tranche quinquennale de mise en œuvre du PDDSS. Il traduit la volonté politique affirmée du Gouvernement d'apporter des réponses rapides et efficaces aux problèmes sanitaires et sociaux qui affectent les maliens¹. Le PRODESS a connu trois phases distinctes : le PRODESS I (1998-2002), le PRODESS II (2005-2009 prolongé en 2011 pour l'aligner sur la période du CSCR 2007-2011), et le PRODESS III (2014-2018).
3. Le PRODESS III, comme toute intervention publique en matière de développement, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du CSCR, le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des OMD. Il comprend trois (3) composantes qui sont : la Santé et Hygiène Publique, le Développement social et la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. C'est à ce titre que le PRODESS III apparaît comme l'unique document de programmation, de mise en œuvre et de mise en cohérence de l'ensemble des interventions de l'Etat dans le secteur de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Par conséquent, son pilotage est assuré par ces trois (3) Départements et leurs services techniques. La mission d'évaluation a reçu mandat d'évaluer le volet « Santé et Hygiène Publique » du PRODESS III à l'exclusion des deux autres composantes.

Acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PRODESS III

4. La mise en œuvre du PRODESS III, notamment dans son volet Santé et Hygiène Publique, fait intervenir une diversité d'acteurs au nombre desquels on peut citer :
 1. **L'État** : il est le premier responsable de la mise en œuvre du PRODESS III au nom de l'obligation qui lui incombe de garantir la santé à chaque malien. Il assure une part importante du financement de la santé par l'offre et la production de services à travers la construction et l'équipement des formations sanitaires, la mise à disposition

¹ Document du PRODESS, page 2.

des ressources humaines aux fins de fourniture de services, le fonctionnement de l'administration sanitaire. Cette intervention de l'Etat se fait à travers les services techniques ci-après :

- **La Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS/DS/PF)** : Service rattaché au Ministère de la Santé, la CPS/SS/DS/PF coordonne le secrétariat technique du PRODESS ainsi que les appuis sectoriels des partenaires. S'appuyant sur les CROCEP et les Conseils de gestion, elle est chargée de la planification des activités du PRODESS de l'année N+1 ainsi que du rapportage de celles de l'année précédente.
 - **La Direction des Finances et du Matériel (DFM/Santé)** : La DFM/Santé est chargée de la mobilisation et de la mise à disposition des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PRODESS. A cet effet, elle est représentée à l'échelon régional par des comptables au niveau des Directions Régionales de la Santé (DRS).
 - **La Direction des Ressources Humaines (DRH/Santé)** : La DRH/Santé a pour mission d'élaborer, en ce qui concerne le Ministère de la Santé, les éléments de la politique nationale dans le domaine de la gestion et du développement des ressources humaines. Elle a pour mission d'assurer la couverture sanitaire universelle à travers une gestion efficace des ressources humaines du domaine de la Santé.
 - **La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)** : La DPM s'occupe essentiellement de la coordination du processus d'approvisionnement en médicaments. En effet, elle centralise tous les besoins en médicaments. Ces besoins sont transmis à la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) qui procède à l'achat et à la distribution au profit des structures sanitaires.
 - **La Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS)** : La CEPRIS est un service technique chargé de la supervision, du contrôle et du suivi des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires. A ce titre, elle assure le suivi et la coordination des travaux de construction des infrastructures sanitaires pour qu'elles répondent aux normes. Dans le cadre du PRODESS, la CEPRIS est le maître d'ouvrage délégué du département de la Santé. Assurant l'assistance technique pour la DFM, la CEPRIS est chargée du suivi de l'exécution des chantiers sans être associée à la planification, aux études et aux opérations de passation des marchés du PRODESS.
- 2. Les collectivités territoriales** : Les collectivités territoriales sont chargées de la mise en œuvre du PRODESS III en vertu des lois sur la décentralisation des affaires locales. A ce titre, elles sont responsabilisées pour mobiliser les ressources nécessaires au financement des plans locaux de développement sanitaire.
- 3. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)** : Les PTF qui accompagnent le PRODESS sont, entre autres : Ambassade du Canada, USAID, UNFPA, UNICEF, OMS, GROUPE PIVOT/SANTE/

POPULATION, Ambassade des Pays-Bas. Des accords de financement avec les PTF sont établis suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel.

- 4. Les communautés** : Le principal mécanisme à travers lequel les ménages contribuent au financement de la santé reste le paiement direct au moment du besoin.

Au niveau communautaire, la mise en œuvre du PRODESS incombe à des instances instituées dans le cadre de la gestion participative des questions de santé. En effet, le Mali a fait le choix de la santé communautaire en responsabilisant les populations elles-mêmes dans la prise et l'application de décisions concernant leur propre santé. Cette vision politique a été matérialisée dans la Loi n°02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé, dont l'article 16 rappelle le principe de la gestion communautaire des questions de santé en ces termes : « Les populations bénéficiaires organisées en association ou en mutuelles (...) participent également à la conception et /ou à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers les établissements de santé qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner ».

5. Ainsi, dans ce dispositif, les communautés regroupées en ASACO sont chargées de créer et de faire fonctionner le CSCOM dans une aire de santé donnée. Aux termes de l'article 2 du Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaires (CSCOM), les ASACO contribuent à la mise en œuvre de la politique de santé à travers :
- le développement des activités de prévention et d'éducation pour la santé (santé maternelle infantile, planning familial, vaccination) ;
 - l'initiation et le développement des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).
6. Les ASACO sont regroupées en fédérations locales (FELASCOM), régionales (FERASCOM) et nationale (FENASCOM). En vue d'assurer un meilleur pilotage et un encadrement optimal des activités de santé communautaire, il a été institué, par Décret n°01-115/PM-RM du 27 février 2001 modifié, des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS. Ces organes comprennent notamment au niveau régional le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation (CROCEP) et au niveau local le Comité de gestion (CG).
7. Les CROCEP et les Comités de gestion sont chargés de coordonner et d'évaluer le PRODESS à l'échelon régional et local. Pour ce faire, ils valident les plans opérationnels et procèdent à leur évaluation après mise en œuvre.

Financement du PRODESS

8. La budgétisation du PRODESS III s'est faite à partir de l'attribution des coûts aux interventions prioritaires identifiées. Le financement de la composante Santé représente 74 % du budget total du PRODESS III, contre 21% et 5% respectivement pour les composantes « Social» et « Promotion de la famille», ainsi qu'il apparait dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Budget du PRODESS III sur la période 2014-2018

	Coûts composante Santé (y compris coûts médicaments et coûts finances) en FCFA	Coûts composante Social en FCFA	Coûts composante Promotion de la famille en FCFA	Total
Montant	575 596 265 000	168 799 976 000	42 514 976 000	786 910 416 000
% des composantes	74%	21%	5%	100%

Source : Document du PRODESS III, page 125.

9. Le PRODESS III dans sa composante Santé poursuit 9 objectifs stratégiques ainsi qu'il suit :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile) ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles ;
- la réduction de la morbidité, de la mortalité et des handicaps liés aux maladies non transmissibles ;
- la promotion d'un environnement sain ;
- la réduction des conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits ;
- l'augmentation de l'offre et de l'utilisation des services de santé de qualité ;
- un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques ;
- la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable ;
- une meilleure gouvernance du système de santé.

10. Les activités planifiées en vue de l'atteinte de ces 9 objectifs se rapportent essentiellement à l'acquisition de matériels sanitaires, à la formation du personnel médical, à la construction d'infrastructures de santé, à l'achat de médicaments, de réactifs et de vaccins etc.

B. Contexte de la commande :

11. En vertu de l'article 2 de la Loi n°2012-009 du 8 février 2012 abrogeant et remplaçant la Loi n°03-30 du 25 août 2003 l'instituant, le Vérificateur Général a, par lettre n°conf.0395/2019/BVG du 15 octobre 2019, saisi le Premier ministre, chef du Gouvernement, à l'effet de l'autoriser à engager des évaluations test de politiques publiques.
12. En réponse suivant lettre confidentielle n°0805/PM-CAB du 25 octobre 2019, le Premier ministre a autorisé le Vérificateur Général à procéder à l'évaluation de trois programmes dont le Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS).

C. Mandat de la mission :

13. En vertu des pouvoirs n°011/2020/BVG du 3 août 2020, le Vérificateur Général a donné mandat à l'équipe d'évaluer le PRODESS, mais exclusivement dans sa composante Santé.
14. Dans l'optique de mieux circonscrire son mandat tout en ayant une vision précise et claire de l'intervention, la mission a décidé de porter ses travaux sur la 3ème phase du PRODESS 2014-2018. Ce choix n'est pas fortuit, car les conclusions de la mission pourront servir de leviers d'ajustement du prochain PRODESS qui n'a pas encore connu un début d'exécution.

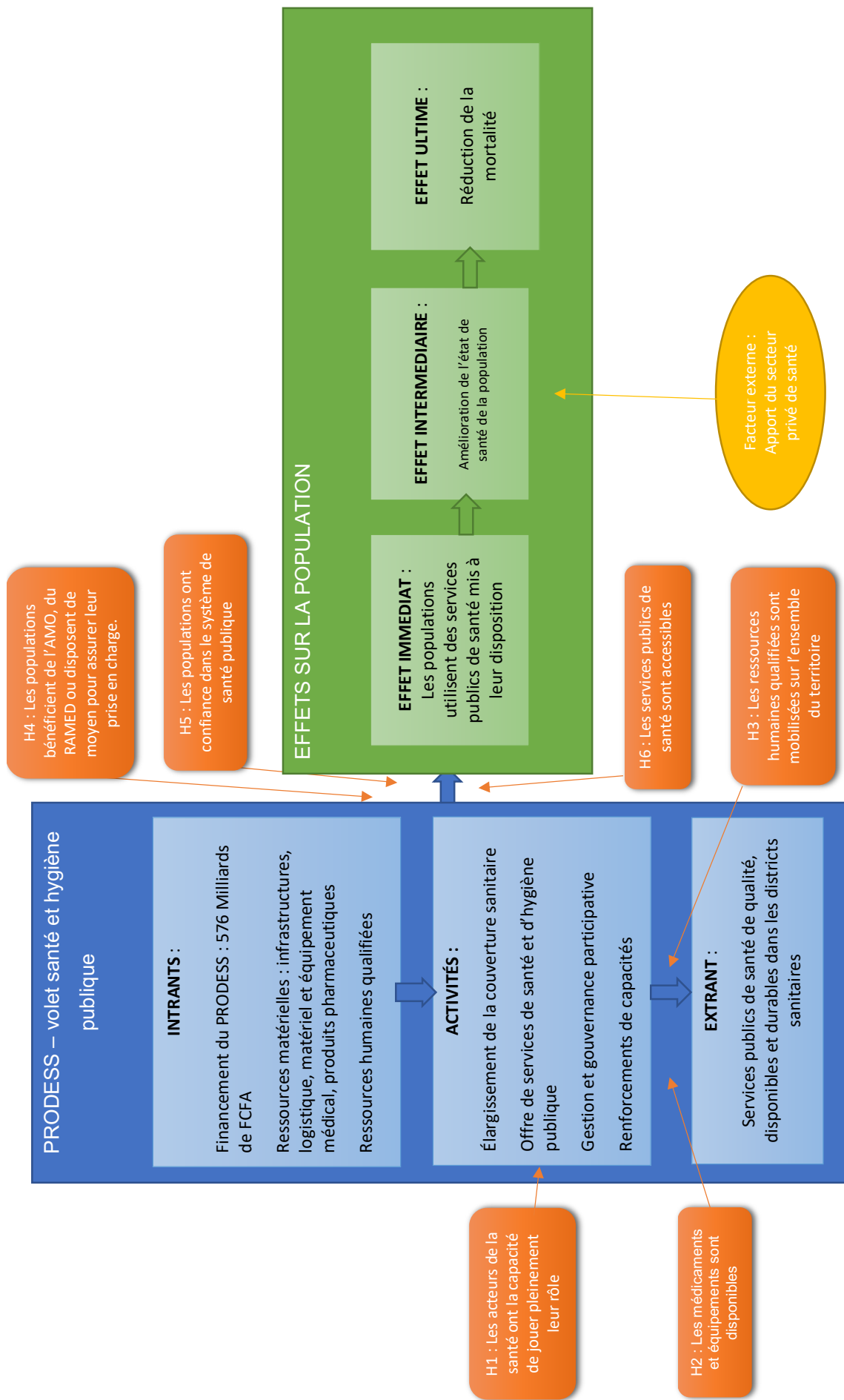
3. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION :

15. La présente évaluation du PRODESS III a été réalisée entre août 2020 et mars 2021. Bien que la situation sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ait pu entraîner des délais ou des adaptations de certaines collectes, les travaux d'évaluation ont pu être réalisés tels que prévus. La méthodologie suivie par l'équipe est résumée dans la présente section.

A. Théorie du changement :

16. La théorie du changement (Figure 1) est l'outil qui permet aux évaluateurs de synthétiser l'intervention à l'étude, en présentant sa chaîne de résultats (Intrants, activités, extrants et effets), et ses conditions de succès, appelées hypothèses (H1 à H6).

Figure 1 : Théorie du changement du PRODESS III



17. La théorie du changement permet de mettre en avant les effets escomptés du PRODESS III dont l'amélioration de la santé de la population, la réduction de la morbidité et de la mortalité.
18. Dans cette perspective, le PRODESS III met l'accent sur le renforcement de capacité et l'élargissement de la couverture sanitaire pour construire une offre de services de santé et d'hygiène à travers un mode de gestion participatif. L'effet combiné de ces différentes activités devrait permettre aux structures de santé d'offrir aux populations des services de santé de qualité et de façon durable.
19. Toutefois, l'atteinte des objectifs ci-dessus fixés est conditionnée à un certain nombre de facteurs qui sont, entre autres, liés aux réelles capacités financières et techniques des acteurs de la santé, à la disponibilité des ressources matérielles et humaines, à la confiance de la population dans le système de santé et sa capacité à assurer financièrement sa prise en charge.

B. Questions d'évaluation :

20. A l'issue de l'analyse préliminaire du PRODESS III, des questions d'évaluation ont été identifiées en tenant compte du moment dans le cycle de vie du programme (fin de période de mise en œuvre, ce qui permet d'étudier les effets), mais en priorisant également les changements dans le secteur de la santé, tels que la gouvernance participative, et les difficultés relevées via le système de suivi du programme ou de précédentes évaluations. Partant du principe qu'on ne peut pas tout étudier en une seule évaluation, six questions d'évaluation ont ainsi été retenues, regroupées en trois sous-ensembles liés aux grands questionnements de performance des politiques publiques à savoir l'efficacité, la gouvernance et les effets :

EFFICACITE

21. L'efficacité est un questionnement lié à l'exécution du PRODESS tel que planifié. Il met en rapport les extrants ou livrables de l'intervention, ainsi que ses effets au regard des objectifs fixés lors de sa conception. Ce questionnement est une bonne entrée en matière pour l'étude de la performance du PRODESS, puisqu'il permet d'en faire le bilan, pour comprendre les réussites et les échecs du programme sur le terrain.

Question 1 : Les objectifs assignés au PRODESS III ont-ils été atteints ?

Question 2 : Le mode de financement du PRODESS III a-t-il favorisé la réalisation des activités prévues ?

Question 3 : Quelle a été la contribution du PRODESS sur les capacités techniques et opérationnelles des acteurs de sa mise en œuvre ?

GOVERNANCE

22. Le PRODESS ayant adopté un mode de gouvernance décentralisé et participatif, il est très intéressant d'étudier dans quelle mesure cette gestion donne des résultats concrets sur les services de santé reçus par la population.

Question 4 : La gestion participative du PRODESS a-t-elle permis une meilleure administration du service public de la santé ?

Effets ou impacts sur la population :

23. Dans le cadre du PRODESS, il est en effet, primordial de se demander si les populations ont ressenti un progrès dans la qualité des prestations de santé dont elles sont bénéficiaires pour juger de la performance du programme. Il s'agit également de comprendre quels changements, positifs ou négatifs, sont attribuables au PRODESS III depuis 2014.

Question 5 : Le PRODESS a-t-il contribué à l'amélioration de la qualité des prestations de santé ?

Question 6 : Le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a-t-il amélioré la santé maternelle et néo-natale ?

C. Matrices d'évaluation :

24. Les questions d'évaluation ci-dessus identifiées sont chacune analysées dans une matrice d'évaluation, avec indication pour chaque question, des variables, des indicateurs, des méthodes et sources de données ainsi que des méthodes de mesures des effets ou devis lorsque nécessaire (questions 5 et 6).

QUESTION 1 : LES OBJECTIFS ASSIGNÉS AU PRODESS III ONT-ILS ÉTÉ ATTEINTS ?			
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données
Objectifs du PRODESS (sur l'ensemble de la théorie du changement)	Taux d'exécution des activités prévues	Revue documentaire	Rapports d'activités 2016, 2017 et 2018 de la CPS Rapport d'évaluation du PRODESS III à mi-parcours. Enquête Démographique et de Santé 2018
		Revue documentaire	Situation de répartition des Ressources Humaines
		Entrevues semi-dirigées	CEPRIS, DPM, DRH, CPS, DFM, DGB, DRS Bamako-Kayes-Koulikoro-Ségou.

QUESTION 2 : LE MODE DE FINANCEMENT DU PRODESS III A-T-IL FAVORISÉ LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS PRÉVUES ?			
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données
INTRANTS et ACTIVITÉS du PRODESS	Taux et délai de mobilisation des ressources	Revue documentaire Entrevues semi-dirigées	Situation d'exécution du budget au niveau de la DGB sur la période 2014-2018; Rapports de synthèse de la CPS Santé 2018; DRB Bamako, Kayes. CPS - DFM – DRB
	Niveau de mobilisation des ressources au niveau communautaire	Revue documentaire Entrevues semi-dirigées	Documents de programmation financière du PRODESS (Comité de suivi); Rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III ASACO Conseil de Cercle
	Pourcentage du budget national alloué à la Santé.	Revue documentaire	Documents budgétaires (Lois de finances sur la période 2014-2018)

QUESTION 3 : QUELLE A ÉTÉ LA CONTRIBUTION DU PRODESS SUR LES CAPACITÉS TECHNIQUES ET OPÉRATIONNELLES DES ACTEURS DE SA MISE EN ŒUVRE ?			
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données
EXTRANT : Services publics de santé de qualité, disponibles et durables dans les districts sanitaires	Degré de satisfaction des prestataires	Entrevues semi-dirigées	Échantillon de prestataires de santé (CSCOM, CSRef et hôpitaux).

QUESTION 4 : LA GESTION PARTICIPATIVE DU PRODESS A-T-ELLE PERMIS UNE MEILLEURE ADMINISTRATION DU SERVICE PUBLIC DE LA SANTÉ ?			
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données
ACTIVITÉ : gestion et gouvernance participative	Niveau de fonctionnement des organes	Revue documentaire Entrevues semi-dirigées	Membres d'un échantillon d'ASACO Membres de la FENASCOM, des FERASCOM et FELASCOM.
	Niveau de coordination entre la FENASCOM et les ASACO	Entrevues semi-dirigées	Membres d'un échantillon d'ASACO
	Niveau de contribution des ASACO dans la mise en œuvre du PRODESS	Revue documentaire	Procès-verbaux des cadres de concertation sur la période 2014-2018. Procès-verbaux de réunions d'ASACO sur la période 2014-2018
	Degré d'adhésion des populations	Questionnaire (En présentiel)	Échantillon d'utilisateurs des services de santé (CSCOM, CSRef et Hôpitaux) Échantillon de prestataires des services de santé (pour les CSCOM, CSRef et hôpitaux)

QUESTION 5 : LE PRODESS A-T-IL CONTRIBUÉ À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DE SANTÉ ?				
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données	Devis de mesure
EFFET IMMEDIAT : Les populations utilisent des services de santé mis à leur disposition	Degré d'accessibilité des services de santé.	-Revue documentaire Questionnaire (En présentiel)	Carte sanitaire, Enquête Démographique et de Santé 2018 Rapport d'activités CPS. Échantillon d'utilisateurs des services de santé (CSCOM, CSRef et Hôpitaux)	Méthode <i>Outcome harvesting</i>
EFFET INTERMEDIAIRE : État de santé de la population	Amélioration des indicateurs socio-économiques dans le PRODESS	Revue documentaire Entrevues semi-dirigées	Rapport d'activités CPS 2014-2018; Enquête Démographique et de Santé 2018 CPS et échantillon d'acteurs des services de santé	
EFFET ULTIME : Réduction de la mortalité	Perception des acteurs des services de santé sur l'apport du PRODESS de 2014 à 2018 Perception des utilisateurs des services de santé sur l'apport du PRODESS de 2014 à 2018	Entrevues semi-dirigées Questionnaire (En présentiel)	Échantillon d'acteurs des services de santé Échantillon d'utilisateurs des services de santé (CSCOM, CSRef et Hôpitaux)	

QUESTION 6 : LE MÉCANISME DE RÉFÉRENCE/ÉVACUATION PRÉVU PAR LE PRODESS A-T-IL AMÉLIORÉ LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉO-NATALE ?				
Variable à l'étude	Indicateurs	Méthode de collecte de données	Source des données	Devis de mesure
Référence/évacuation (tout au long de la chaîne des résultats)	Pourcentage des patientes admises et prises en charge à la suite d'une référence/évacuation Pourcentage de césarienne gratuite Niveau de coordination entre les structures de santé en matière de référence/évacuation Perceptions des acteurs de la santé	Revue documentaire Entrevues semi-dirigées	Cadre conceptuel de Référence/évacuation Carte sanitaire Registres d'enregistrement des références/évacuation; Système d'information sanitaire au niveau de la CPS; Échantillon d'acteurs des services de santé au niveau des CSCOM et CSRef	Méthode <i>Outcome harvesting</i>

D. Détails sur la collecte et l'analyse de données :

25. La mission a adopté une stratégie mixte de collecte et d'analyse de données, en alliant des analyses documentaires et le recueil de données secondaires notamment issues du système de suivi du programme ; des entretiens et des sondages. Elle a aussi veillé à conserver un caractère participatif dans l'évaluation, en procédant à diverses rencontres et communications pendant les travaux et en organisant des activités de dissémination auprès des parties prenantes à tous les échelons sur les premiers résultats afin de s'assurer de leur justesse.

1) Entretien niveau central

26. Après une première rencontre d'introduction organisée au Ministère de la Santé le 17 août 2020 avec le secrétaire général dudit Ministère assurant l'intérim du ministre de la Santé, la mission a eu une série d'entretiens avec des structures centrales en charge de la mise en œuvre du PRODESS. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'une heure et demie et de type semi-dirigé, se sont déroulés du 1er septembre au 5 novembre 2020 au siège de chaque structure rencontrée. Elles ont permis à la mission d'approfondir sa compréhension du PRODESS III à travers un meilleur aperçu du rôle de chaque acteur impliqué dans sa mise en œuvre. Les structures rencontrées sont :

- la Cellule de Planification et Statistiques du Secteur de la Santé, du Développement social et de la Promotion de la Femme (CPS/SS/DS/PF), 1er septembre 2020 ;
- la Direction des Finances et du Matériel (DFM) du Ministère de la Santé, 9 octobre 2020 ;
- la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), 02 novembre 2020 ;
- la Direction des Ressources Humaines (DRH) du Secteur de la Santé et du Développement social, 3 novembre 2020 ;
- la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), 5 novembre 2020.

2) Analyse documentaire

27. Pour les besoins de l'évaluation, la mission a procédé à une analyse des documents suivants, en rapport avec le PRODESS :

- Document du PRODESS III.
- Rapports d'activités 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 de la CPS.
- Rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III.
- Enquête Démographique et de Santé 2013.
- Enquête Démographique et de Santé 2018.

- Rapports d'activités 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 des CROCEP de la région de Kayes.
- Cadre de performance du PRODESS III.
- Documents budgétaires du PRODESS III (Loi de finances sur la période 2014-2018).
- Cartes sanitaires.
- Cadre conceptuel de référence/évacuation des CSRéf de Bafoulabé (Région de Kayes) et de la Commune IV du District de Bamako.
- Registres de référence/évacuation des CSRéf de Bafoulabé (Région de Kayes) et de la Commune IV du District de Bamako.

3) Enquêtes de terrain

28. La constitution de l'échantillon a tenu compte de plusieurs facteurs et notamment l'insécurité qui affecte plusieurs régions du pays, toute chose qui a constitué une limite aux possibilités de travaux de terrain. En excluant donc les zones d'insécurité pour l'équipe, la mission, sur la base de sa connaissance du PRODESS, a sélectionné zones diverses dans lesquelles le niveau de mise en œuvre de l'intervention est à la fois timide et dynamique. Les régions retenues sont donc Kayes, Koulikoro, Ségou et le District de Bamako. A l'intérieur de ces régions, en plus des parties prenantes régionales rencontrées, une sélection aléatoire a été réalisée pour identifier les établissements de santé à visiter par la mission.
29. Les enquêtes de terrain se sont déroulées auprès de deux catégories de cibles : d'une part les prestataires et acteurs de la santé et d'autre part les bénéficiaires des soins de santé.

3.1. Les prestataires et acteurs de la Santé

30. Il s'est agi pour la mission de s'entretenir avec les prestataires et autres acteurs de la Santé sur la mise en œuvre du PRODESS III grâce à des entrevues semi-dirigées ou des questionnaires que la mission a utilisés en vue de collecter les données. Au nombre de 121, ces prestataires comprennent :
- les médecins-chefs des CSRéf des Communes 1, 2, 3, 4, 5 et 6 du District de Bamako ;
 - les Directeurs Techniques de Centre (DTC) de 12 CSCOM du District de Bamako ;
 - les médecins-chefs et autres agents de CSRéf des régions de Kayes, Koulikoro et Ségou ;
 - les DTC et autres agents de CSCOM des régions de Kayes, Koulikoro et Ségou.
31. Toutefois, la collecte de données auprès des prestataires de Santé du District de Bamako s'est limitée aux seuls premiers responsables du

service, en raison de la pandémie de COVID-19. Les questionnaires leur ont été envoyés par voie électronique afin de recueillir les éléments de réponse. Il s'agit des médecins-chefs des 6 CSRéf et des DTC de 12 CSCOM du District de Bamako.

32. En plus des prestataires, d'autres acteurs de la santé ont été concernés par la collecte de données. Il s'agit :

- des directeurs généraux de l'Hôpital de Kati, de l'Hôpital du Point G, de l'Hôpital du Mali et de l'IOTA ;
- des directeurs régionaux des hôpitaux de Kayes et de Ségou ;
- des directeurs régionaux de la Santé de Kayes, Koulikoro, Ségou et du District de Bamako ;
- du directeur régional du Budget de la Région de Kayes;
- des chargés de Finances des Directions régionales de la Santé de Kayes et de Ségou ;
- des chargés des Ressources Humaines des Directions régionales de la Santé de Kayes et de Ségou ;
- de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) ;
- de la Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM) de Kayes ;
- de 3 Fédérations Locales des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM) des Régions de Kayes, Koulikoro, Ségou dont une par Région ;
- de 34 présidents ou membres d'Associations de Santé Communautaire (ASACO), dont 11 dans la Région de Kayes, 7 dans la Région de Koulikoro, 6 dans la Région de Ségou et 10 dans le District de Bamako ;
- de 4 présidents de Conseils de Cercle, dont 2 dans la Région de Kayes et 2 dans la Région de Koulikoro.

3.2. Les bénéficiaires des soins de Santé

33. En ce qui concerne les bénéficiaires, la mission a procédé à un sondage à leur endroit sur la base de questions en lien avec leur degré de satisfaction à l'égard des prestations et des prestataires de santé, ainsi que sur leur perception de changements depuis la mise en place du PRODESS III, selon la méthode d'évaluation des effets.

34. Les répondants ont été sélectionnés aléatoirement parmi les personnes présentes au moment de la visite de la mission dans les établissements de santé sélectionnés. Les questions de sondage étaient à choix multiple avec possibilité pour le répondant d'argumenter certains choix. Chaque réponse a duré en moyenne 5 minutes. Au total, 545 bénéficiaires, répartis entre les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et le District de Bamako, ont été sondés :

Tableau 2 : Répartition des répondants au sondage auprès des bénéficiaires

	Bénéficiaire d'un CSCOM	Bénéficiaire d'un CSRéf	Bénéficiaire d'un hôpital	Total
Bamako	106	48	53	207
Kayes	116	28	19	163
Koulikoro	38	27	21	86
Ségou	45	17	27	89
Total	305	120	120	545

35. L'échantillon de bénéficiaires sondés ici permet donc une bonne représentativité des citoyens maliens en zone rurale ou urbaine, qui fréquentent les établissements de santé donc les bénéficiaires les plus fréquents du système de santé malien. Le sondage ne visait donc pas à représenter l'ensemble de la population malienne, puisque de nombreuses populations vivent encore loin d'un CSCOM fonctionnel, comme cela sera abordé dans la section des résultats sur les effets.

4) Méthode d'évaluation des effets

36. Comme méthode d'évaluation des effets, la mission a appliqué celle dite « Outcome harvesting » qui est une déclinaison de la cartographie des incidences effectuée à rebours, après la mise en œuvre d'une intervention pour en retrouver les contributions aux changements.

37. 38. Le PRODESS a été conçu de manière à inclure toutes les actions dans le domaine de la Santé. De ce fait, un grand nombre des effets observés sur le terrain dans le domaine de la Santé, lui sont assez facilement attribuables après analyse rapide, d'où la facilité de mettre en place cette méthode. L'ensemble des collectes (entrevues, sondages et analyses documentaires dont l'étude de cas) ont été réfléchies en amont pour faire ressortir des manifestations concrètes des changements observés en lien avec le secteur de la santé.

5) Étude de cas

5.1. Justification

38. Malgré la mise en œuvre des différents programmes de santé, le taux de mortalité maternelle reste toujours élevé au Mali. Ainsi, de l'ordre de 700 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1987, le nombre de décès est passé à 582 pour 100 000 naissances vivantes en 2001 selon l'Enquête Démographique et de Santé 3 (EDS 3) et à 368 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 selon l'EDS 5. L'EDS 6 publiée en 2018 fait état de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes, un taux en deçà de la valeur cible à atteindre en 2018 qui avait été fixée à 230 décès pour 100 000 naissances vivantes. Quant à la mortalité infantile, elle est passée de 156 pour 1 000 naissances en 1987 selon l'EDS 1 à 54 pour 1 000 en 2018 selon l'EDS 6.

39. Pour toutes ces raisons, le PRODESS III a retenu comme résultat stratégique 2 le renforcement du « système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM » au niveau de l'objectif stratégique 1 relatif à la réduction de la « morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ».
40. Au regard de l'importance de cette situation, la mission y a consacré une question d'évaluation ainsi libellée : « Le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a-t-il amélioré la santé maternelle et néo-natale ? »
41. En vue de mieux répondre à cette question d'évaluation, la mission a utilisé la méthode de l'étude de cas.
42. L'étude de cas a porté sur le système de référence/évacuation en place dans deux districts sanitaires, l'un en milieu urbain (Commune IV) et l'autre en milieu rural (Bafoulabé) sur une période de 1 an, allant du 1er janvier au 31 décembre 2017.
43. Elle a concerné d'une part un échantillon de 856 femmes enceintes et parturientes référées ou évacuées en provenance des CSCOM du district sanitaire de la Commune IV et d'autre part un échantillon de 278 femmes enceintes et les parturientes référées ou évacuées provenant des CSCOM du district sanitaire de Bafoulabé. Ont été exclues du champ de l'étude :
 - les évacuations autres que de nature gynéco-obstétricale ;
 - les femmes enceintes et les parturientes s'étant présentées d'elles-mêmes au CSRef pour prise en charge.

5.2. Stratégie de collecte

44. La stratégie employée pour la collecte des données a fait la combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. En effet, les outils de collectes utilisés alternent des méthodes qualitatives à travers l'observation directe couplée aux entretiens individuels et les méthodes quantitatives essentiellement axées sur l'exploitation de sources documentaires.
45. Les données recueillies ont obéi au principe de la vérification de l'information par triangulation en confrontant les données statistiques issues de l'analyse quantitative à celles collectées auprès des prestataires et bénéficiaires grâce aux entretiens individuels. Pour finir, les observations directes effectuées par la mission ont constitué une autre source de données dans le cadre de la présente étude de cas.

5.3. Documents analysés

46. La mission a procédé au recensement de toutes les femmes évacuées ou référées aux CSRef de Bafoulabé et de la Commune IV du District de Bamako, pour une urgence obstétricale. Pour cela, elle a exploité les registres de référence/évacuation disponibles dans les deux CSref pour la période de l'étude.
47. De plus, les questionnaires administrés aux prestataires et aux bénéficiaires des soins de santé comportaient des questions relatives au fonctionnement du système de référence/évacuation. Les données

recueillies grâce à ces entretiens ont également été analysées dans le cadre de cette étude. Toutes ces données ainsi collectées ont été traitées de manière à relier au maximum les effets identifiés aux situations observées.

6) Limites de la méthodologie

48. La méthodologie suivie pour l'évaluation a permis de répondre rigoureusement aux questions d'évaluation posées. Grâce aux visites de terrain et aux activités de dissémination des résultats, la situation du secteur de la santé au Mali a bien été circonscrite. Toutefois, comme la mission n'a pu se rendre dans des zones moins sécurisées du pays, on ne pourrait étendre les résultats de la présente évaluation à l'ensemble du territoire, notamment aux régions du nord et du centre, où les réalités de la santé pourraient différer fortement, et où une méthodologie d'évaluation entièrement distincte aurait très certainement été nécessaire pour mieux comprendre ces réalités.

4. RESULTATS DE L'EVALUATION :

49. Cette section sur les résultats vise avant tout à répondre aux questions d'évaluation du mandat. Elle est donc organisée en trois parties, qui correspondent aux trois grands questionnements de performance qui ont été choisis à savoir, l'efficacité, la gouvernance et les effets sur la population.

A. Résultats sur l'efficacité :

50. Cette première partie vise à explorer l'efficacité du PRODESS III, autrement dit, le degré d'atteinte des résultats du programme. Au-delà d'un simple bilan de l'exécution, l'évaluation vise également à mieux comprendre les déterminants des succès et des échecs sur le terrain, ainsi que les principaux goulots d'étranglement du système sanitaire. Trois questions d'évaluation sont donc approfondies :

Question 1 : Les objectifs assignés au PRODESS III ont-ils été atteints ?

Question 2 : Le mode de financement du PRODESS III a-t-il favorisé la réalisation des activités prévues ?

Question 3 : Quelle a été la contribution du PRODESS sur les capacités techniques et opérationnelles des acteurs de sa mise en œuvre ?

51. Pour répondre à ces questions, un bilan des objectifs officiels du PRODESS III est tout d'abord effectué à l'aide des données collectées auprès des acteurs de la santé. Par la suite, ces données seront présentées afin d'expliquer et de mieux comprendre les succès et les échecs du programme.

- Bilan du PRODESS III – volet Santé et Hygiène Publique

52. Le PRODESS III comprend 11 objectifs stratégiques assortis de 35 indicateurs. Chaque indicateur comprend une valeur de départ (2014) et une valeur cible à atteindre à la fin de l'intervention en 2018.

53. Les objectifs stratégiques 1,2,3,4,7 et 11 du programme traitent du volet Santé et Hygiène Publique tandis que les objectifs 9 et 10 ont trait au seul volet développement social. Quant aux objectifs 5, 6 et 8, ils sont transversaux aux 3 volets.

54. Le bilan porte par conséquent sur les objectifs stratégiques 1,2,3,4,5,6,7,8 et 11, en lien avec le volet Santé et Hygiène Publique . Les indicateurs d'impact ont été renseignés par les études populationnelles (dont l'EDS 2018) alors que les autres indicateurs ont été renseignés grâce aux différents systèmes d'informations sanitaires au niveau de la CPS/Santé, de la DRH/Santé et de la DFM/Santé. Les valeurs cibles et résultats atteints sont en gras.

55. Ce travail préalable de bilan sur les indicateurs officiels du PRODESS III nous permet d'enclencher la réflexion sur son efficacité, pour ensuite tenter de comprendre, à la lumière des collectes de données d'évaluation, les déterminants de ce bilan.

56. L'objectif stratégique 1 du PRODESS III est : Réduire la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. Cet objectif est assorti de 10 indicateurs qui sont les suivants :

Tableau 3 : Résultats pour l'objectif stratégique 1

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de mortalité néonatale	34 pour 1000	29 pour 1000	33 pour 1000
Taux de mortalité infantile (0-1 an)	56 pour 1000	42 pour mille	54 pour mille
Taux de mortalité infanto juvénile	95 pour mille	50 pour mille	101 pour mille
Taux d'insuffisance pondérale	26%	20%	19%
Déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer	12%	7%	10%
Taux de mortalité maternelle	368 pour 100 000 naissances vivantes	230 pour 100 000 naissances vivantes	325 pour 100 000 naissances vivantes
Taux de CPN 3 ^{ème} visite	33%	65%	23,88%
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	30,20%	58%	38,14%
Taux de prévalence contraceptive	12,03%	15%	20,87%
Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCOM	7,14%	70%	28,4%

57. 8 indicateurs sur les 10 de cet objectif stratégique n'ont pas été atteints, seuls 2 l'ont été à savoir le taux d'insuffisance pondérale et le taux de prévalence contraceptive. La prévalence contraceptive a connu une amélioration entre 2017 et 2018, passant de 20,01% à 20,87%, dépassant du coup la valeur cible qui était fixée à 15%. Les 8 indicateurs non atteints se rapportent notamment au bien-être de la femme et de l'enfant à travers les activités de Santé de la reproduction.

58. Le déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer est passé de 12% selon l'EDS V (2013) à 10% selon EDS VI (2018). Malgré cette amélioration, la valeur cible de 7% n'a pas été atteinte en 2018.

59. L'objectif stratégique 2 du PRODESS III est : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles. Cet objectif est assorti de 6 indicateurs qui sont les suivants :

Tableau 4 : Résultats pour l'objectif stratégique 2

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en DTCP3 (Penta-3)	88%	95%	95%
Taux de couverture VAR	87%	90%	92%
Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les enfants de moins de 5 ans	69%	80%	71,2% ²
Taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les femmes enceintes	72%	82%	79,40% ³
Proportion de décès attribuables au paludisme parmi les enfants de 0-5 ans atteints de paludisme vus dans les formations sanitaires	41,7%	30%	41,66%
Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes de 15-49 ans	1,1%	<1%	1,14% ⁴

60.2 indicateurs sur les 6 de cet objectif stratégique ont été atteints, tandis que les 4 autres ne l'ont pas été. Les 4 indicateurs non atteints sont en lien d'une part avec le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes et d'autre part avec le VIH/SIDA. La mission a exploité les données de l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) de 2015 qui montrent que l'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée est de 71,2% chez les enfants de moins de 5 ans et de 79,4% chez les femmes enceintes. Cependant, l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2015 mentionne un taux plus élevé pour les enfants (79,3%) et plus bas pour les femmes enceintes (66,2%). Les 2 indicateurs qui ont été atteints ont trait à la vaccination des enfants.

61. L'objectif stratégique 3 du PRODESS III est : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non-transmissibles. Cet objectif est assorti de 3 indicateurs qui sont les suivants :

Tableau 5 : Résultats pour l'objectif stratégique 3

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de prévalence du diabète sucré	9,3%	7%	Pas de données disponibles
Taux de prévalence de l'HTA	10%	8%	Pas de données disponibles
Taux de prévalence de la carie dentaire chez les enfants d'âge scolaire (<10 ans)	82,4%	<60%	Pas de données disponibles

² Cette donnée remonte à 2015, année à laquelle a été réalisée la dernière enquête sur les indicateurs de Paludisme. Il faudra attendre une nouvelle enquête sur les indicateurs du Paludisme pour connaître les résultats enregistrés en 2018.

³ **Source** : Synthèse des rapports d'activités 2017, CPS Secteurs Santé, Développement social et Promotion de la Famille, page 54.

⁴ Ce taux est stationnaire depuis la dernière étude menée en 2012-2013. Cette enquête est quinquennale et a eu lieu en 2018-2019. Mais, ce taux n'a pas été concerné par l'étude car le taux de 1,1% a été jugé trop insuffisant par les partenaires pour faire l'objet d'un financement dans le cadre de ladite étude. Source : Cellule Sectorielle de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé.

62. Le système d'information sanitaire ne dispose d'aucune donnée relative aux 03 indicateurs objet de l'objectif stratégique 3 du PRODESS III. En effet, ces 03 indicateurs n'ont pas été renseignés dans les rapports d'activités de la CPS/Santé. L'EDS VI (2018) n'a pas non plus collecté de données permettant de les renseigner⁵.
63. L'objectif stratégique 4 du PRODESS III est : Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé. Cet objectif est assorti d'un seul indicateur ainsi qu'il suit :

Tableau 6 : Résultats pour l'objectif stratégique 4

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de couverture en latrines améliorées	17,6%	25%	34%

64. L'EDS VI (2018) fait état du taux de 34% de la population ayant accès à des toilettes améliorées. Déjà en 2015, le MICS réalisé par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en collaboration avec le Ministère chargé de la Santé et le Ministère chargé de l'Éducation à travers leur Cellule de Planification et de Statistiques, montrait une utilisation de toilettes améliorées de 33%, dont 53% en zone urbaine et 28% en zone rurale.
65. Les rapports d'activités de la CPS font l'état de réalisation des latrines améliorées⁶ réalisées ou réhabilitées durant toute la période du PRODESS III. Ainsi :
- en 2014, 3 131 latrines améliorées ont été réalisées ou réhabilitées sur une prévision de 20 000 ;
 - en 2015, 18 000 latrines améliorées ont été réalisées ou réhabilitées sur une prévision de 20 000 ;
 - en 2016, 18 651 latrines améliorées ont été réalisées ou réhabilitées sur une prévision de 20 000 ;
 - en 2017, 18 520 latrines améliorées ont été réalisées ou réhabilitées sur une prévision de 20 000 ;
 - en 2018, 17 366 latrines améliorées ont été réalisées ou réhabilitées sur une prévision de 20 000.
66. Ainsi, de 2014 à 2018, on constate que la proportion des ménages utilisant des installations sanitaires élémentaires, c'est-à-dire des installations sanitaires améliorées et non partagées, est en progression, passant de 33% en à 34 %⁷. L'objectif visé par le PRODESS III est « l'augmentation du taux de couverture en latrine améliorée de 2% par an au moins »⁸.

⁵ CLa non-disponibilité des données liées à ces 3 indicateurs pourrait s'expliquer par le fait que la lutte contre les MNT est moins bien organisée que pour les maladies transmissibles. Les activités prioritaires identifiées dans le document du PRODESS ne sont pas mises en œuvre dans les régions, sauf à Bamako où il y a des aides des PTF dans ce sens. Source : Rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III, page 42.

⁶ Les installations sanitaires considérées comme améliorées non partagées sont les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à une fosse septique, les fosses d'aisances améliorées ventilées, les fosses d'aisances avec dalle et les toilettes à compostage. Les toilettes partagées sont des toilettes qui seraient considérées comme améliorées si elles n'étaient pas partagées par deux ménages ou plus. Source : EDS, 2012.

⁷ Enquête démographique et de santé 2018, page 13.

⁸ Source : Document du PRODESS 3, page 156.

67. L'objectif stratégique 5 du PRODESS III est : Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits et minimiser leur impact social et économique. Cet objectif est assorti d'un seul indicateur ainsi qu'il suit :

Tableau 7 : Résultats pour l'objectif stratégique 5

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
% du budget de la santé alloué aux catastrophes et épidémies	1,48%	2,50%	1,1%

68. La proportion du budget de la santé alloué aux catastrophes et épidémies était de 1,48% en 2014. La cible pour 2018 était de 2,50%. Les résultats enregistrés font état d'un taux de 1,1%. La valeur cible n'est donc pas atteinte. En effet, en 2018, le budget global alloué au Ministère de la Santé s'élevait à 57 058 989 000 FCFA⁹. Sur ce montant, 635 468 000 FCFA ont été consacrés aux épidémies et catastrophes, soit un taux de 1,1%, largement en deçà de la valeur cible de 2,5%. De plus, il s'avère que la part consacrée aux épidémies et catastrophes n'évolue pas proportionnellement à l'augmentation du budget global alloué au secteur de la Santé.

69. L'objectif stratégique 6 du PRODESS III est : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations. Cet objectif est assorti de 4 indicateurs ainsi qu'il suit :

Tableau 8 : Résultats pour l'objectif stratégique 6

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km	56%	61%	57%
Taux d'utilisation des services (nouveaux consultants/habitant / an)	0,31%	0,42%	0,43%
Pourcentage d'ASACO avec 30% des membres qui sont des femmes dans les organes de gestion	ND	30%	39,93%
Pourcentage d'ASACO présidées par des femmes	<2%	30%	1,61%

70.2 indicateurs sur les 4 de cet objectif stratégique ont été atteints et 2 ne l'ont pas été. Le 1^{er} indicateur non atteint est relatif au taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km. En effet, la valeur cible de 61% n'a pas été atteinte, toute chose qui a eu un impact direct sur la satisfaction des utilisateurs de santé en termes d'accès aux services de santé. Il faut tout de même signaler, qu'en la matière, d'importants progrès ont été faits, notamment l'augmentation du nombre de CSCOM au fil des années. A titre d'exemple, le nombre de CSCOM est passé de 1 241 en 2015 à 1 379 en 2018.

⁹ Source : Loi des Finances 2018.

71. Le deuxième indicateur non atteint est relatif à une question de gouvernance. Il s'agit du pourcentage d'ASACO présidées par des femmes qui devait être de 30% en 2018. Le système d'informations des Femmes et Enfants (SIFE) n'est pas encore fonctionnel et les indicateurs portant sur la participation des femmes dans les Associations de Santé Communautaire (ASACO) sont renseignés par les rapports d'activités techniques (RAT) de la CPS/SSDSDF¹⁰. Les résultats ainsi obtenus (1,61%) sont largement en deçà des attentes. Toutefois, un autre indicateur relatif à la gouvernance est bien rempli : le pourcentage d'ASACO avec 30% des membres qui sont des femmes dans les organes de gestion.
72. L'objectif stratégique 7 du PRODESS III est : Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins. Cet objectif est assorti de 2 indicateurs ainsi qu'il suit :

Tableau 9 : Résultats pour l'objectif stratégique 7

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Taux de rupture de stock de médicaments du panier commun	30,5%	10%	19%
Coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM	1 430 FCFA	2 000 FCFA	4 918 FCFA
Coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSRéf	2 650 FCFA	3 000 FCFA	4 918 FCFA

73. Les 2 indicateurs de cet objectif stratégique n'ont pas été atteints. Or, ces deux indicateurs concernent directement le bien-être des utilisateurs de santé à travers leur accès aux médicaments et leur pouvoir d'achat en termes d'acquisition des médicaments à moindre coût. De 12% en 2016¹¹, le taux de rupture des médicaments du panier a baissé à seulement 6% en 2017¹² avant de remonter à 19% en 2018¹³. Cette fluctuation qui paraît importante s'explique plus par les sources des données que par des actions menées. En effet, le taux de 2017 a été calculé à travers la supervision du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) alors que celui de 2018 a été extrait de l'outil OSPSANTE qui ne couvre pas les cinq (05) régions du Nord.
74. Selon le rapport d'activités 2018 de la CPS/Santé, le coût moyen de l'ordonnance était seulement de 2 421 FCFA dans les CSCOM en 2017 avant de passer à 4 918 FCFA en 2018. De même, ce coût était de 2 601 FCFA en 2017 dans les CSRéf avant d'augmenter à 4 144 FCFA en 2018. Or, la valeur cible était fixée à 2 000 FCFA pour les CSCOM et à 3 000 FCFA pour les CSRéf¹⁴. Cette hausse est due à l'intégration des médicaments en spécialité comme éléments de calcul contrairement aux autres années où étaient uniquement pris en compte les médicaments en DCI qui coûtent moins cher que les spécialités.

¹⁰ Rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS 3, juillet 2017, page 35.

¹¹ Source : Rapport d'activités 2016 CPS, page 10.

¹² Source : Rapport d'activités 2017 CPS, page 12.

¹³ Source : Rapport d'activités 2018 CPS, page 64.

¹³ Source : Rapport d'activités 2018 CPS, page 64.

¹³ Source : Rapport d'activités 2018 CPS, page 64.

75. L'objectif stratégique 8 du PRODESS III est : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable. Cet objectif est assorti de 3 indicateurs qui sont les suivants :

Tableau 10 : Résultats pour l'objectif stratégique 8

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Densité populationnelle des médecins	1/9 537 habitants	1/3 300 habitants	
Densité populationnelle des sages-femmes	1/9 219 habitants	1/3 300 habitants	
Densité populationnelle des infirmiers / assistants médicaux	1/3 833 habitants	1/2 000 habitants	

76. Les nouvelles normes de l'OMS regroupent les 3 catégories et fixent le ratio à 23 professionnels pour 10 000 habitants. C'est cet indicateur qui est d'application. Ce qui donne le scénario ci-après :

Tableau 11 : Résultats complémentaires pour l'objectif stratégique 8

Indicateurs	Valeur de départ (2017)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
Ratio 23 professionnels de santé/10 000 habitants	6/10 000 habitants	7/10 000 habitants	6/10 000 habitants

77. Le ratio « professionnels de santé/habitants » est resté stationnaire de 2017 à 2018. Ce taux reste largement en deçà de la norme qui est de 23 professionnels/10 000 habitants. La non-atteinte de cet indicateur s'explique, de prime abord, par le faible niveau de recrutement du personnel qualifié.

78. L'objectif stratégique 11 du PRODESS III est : Assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle. Cet objectif est assorti d'un seul indicateur ainsi qu'il suit :

Tableau 12 : Résultats pour l'objectif stratégique 11

Indicateurs	Valeur de départ (2014)	Valeur cible (2018)	Résultat atteint (2018)
% d'ASACO ayant signé la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec les communes	95%	100%	89,13% ¹⁵

79. Cet indicateur axé sur le pourcentage d'ASACO ayant signé la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec les communes, n'est pas tout à fait en mesure d'apprécier l'atteinte de l'objectif stratégique sur la gouvernance du système de santé d'après les enquêtes de terrain effectuées par la mission. En effet, la fonctionnalité d'une ASACO ne dépend pas forcément de la signature de la CAM. D'ailleurs, les travaux

¹⁵ Source : Rapport d'activités 2018 CPS, page 71.

de collecte ont révélé que beaucoup d'ASACO fonctionnent sans avoir accompli cette formalité. De plus, les travaux de terrain ont établi que même pour les ASACO signataires de la CAM avec les Communes, les Comités paritaires indispensables à la mise en œuvre de la CAM, ne sont pas forcément fonctionnels. Ainsi, la fonctionnalité des ASACO est appréciée au regard des indicateurs relatifs à la tenue des réunions statutaires des organes comme le Conseil d'Administration, le Comité de Gestion et le Comité de surveillance, à la tenue régulière des Assemblées Générales, à la production des bilans et des plans opérationnels, à la participation des ASACO aux Conseils de gestion au niveau du District sanitaire et aux CROCEP au niveau régional. L'efficacité de ce système de gouvernance participative sera étudiée plus en détail dans la deuxième section des résultats.

80. En conclusion, le taux de 65,5% d'indicateurs non atteints, soit 19 indicateurs non atteints sur un total de 29, interroge sur la performance du PRODESS. En effet, plus de la moitié des indicateurs n'ont pas été atteints, ce qui suppose que la majorité des objectifs visés par l'intervention n'ont pas également été atteints. Certains des indicateurs ont trait à l'efficacité opérationnelle à travers l'atteinte de résultats en termes d'extrants, pour lesquels les principales difficultés d'exécution sur le terrain seront étudiées plus en détails dans la présente section. D'autres se rapportent à l'efficacité stratégique et visent plutôt l'atteinte des objectifs en termes d'effets (mortalité maternelle, infantile, infanto-juvénile, de la mortalité néo-natale et de la prévalence du VIH/SIDA), ce qui sera développé dans la section 3 des résultats dédiés aux effets.
81. De ce qui précède, il s'avère que l'efficacité, tant stratégique qu'opérationnelle du PRODESS III reste donc limitée en raison de l'existence de divers goulots d'étranglement ayant empêché l'atteinte des résultats. Toutefois, le taux de 24,1% d'indicateurs atteints ne doit pas occulter les progrès enregistrés dans l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs stratégiques. Ainsi, la réduction de la mortalité maternelle a connu une nette amélioration. Au début de l'intervention en 2014, le taux de mortalité maternelle était de l'ordre de 368 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2018, au terme du programme, ce chiffre a baissé à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes, même si ce résultat est largement en deçà de la valeur cible qui est de 230 décès pour 100 000 naissances vivantes. Sur un tout autre plan, d'autres progrès notables peuvent être signalés :
- l'augmentation du nombre de CSCOM et de CSRéf. Le pourcentage de centres de santé (CSRéf et CSCOM) est passé de 57% (751/1318) en 2017 à 59% (851/1379 en 2018, soit une augmentation de 2% de 2017 à 2018 ;
 - en 2018, 91% (1260/1379) des CSCOM disposaient d'un point d'eau potable fonctionnel pour une prévision de 100%. Ce taux était de 80% (1048/1318) en 2017 ;
 - la réalisation/réhabilitation de 17 366 latrines améliorées en 2018 pour une prévision de 20 000 latrines à réaliser ou à réhabiliter, soit un taux de réalisation de 86,23%.

- malgré la non-atteinte du ratio de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants, 74 bourses d'études pour un montant de 316 570 961 FCFA, allouées aux formations continues, ont été accordées en 2018 aux personnels de santé dont 65% aux fonctionnaires de l'État, 20% aux fonctionnaires des Collectivités Territoriales et 15% aux personnels du privé.

82. Au demeurant, il sied de relever que certains objectifs ont peut-être été formulés de manière trop ambitieuse, toute chose qui ne permettait pas l'atteinte des résultats. Par exemple, la valeur cible du pourcentage d'ASACO présidées par des femmes a été fixée à 30% à l'horizon 2018 contre une réalisation de 1,61%. Cette cible de 30% paraît hors de portée d'une politique quinquennale sans moyen clair et ambitieux pour y arriver, compte tenu des réalités sociales du Mali.

83. De même, la valeur cible du coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM et des CSRéf, est difficilement atteignable d'après les prestataires.

- Principales difficultés d'exécution vécues sur le terrain

84. De nombreuses difficultés de terrain ont été relevées par les répondants à nos entretiens, ce qui vient apporter des explications à l'efficacité limitée du PRODESS au regard de ses objectifs. Ces difficultés sont synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 13 : Difficultés d'exécution du PRODESS III relevées dans les entretiens

Difficultés	Nombre de mentions de la difficulté dans les entretiens	Niveau du système de santé le plus touché par la difficulté
Sous-financement (recettes insuffisantes, coupes budgétaires, paiements tardifs ou non effectués)	38	Tous les niveaux
Ressources matérielles insuffisantes (manque de matériel, vétusté ou défaut de maintenance)	30	Tous les niveaux
Marge de manœuvre (besoins non ou peu pris en compte, mauvaise réactivité du système, lourdeur des procédures, autonomie non respectée)	20	Central, Hôpitaux, CSRéf
Ressources humaines (difficulté de recrutement, de gestion ou répartition des RH sur le territoire)	16	Tous les niveaux
Harmonisation de l'action (non-cohérence de l'action publique et des partenaires, financement difficile des activités de gouvernance, planification non respectée, non complémentarité des niveaux de la pyramide)	12	Central, Hôpitaux, CSRéf
Concurrence avec le secteur privé (non-respect de la carte sanitaire, préférences de la population desservie)	8	CSCOM
Gouvernance locale difficile (difficulté de motivation des bénévoles et de fonctionnement des instances élues)	7	CSCOM

Source : entretiens au niveau central et des acteurs de la santé sur le terrain

85. Une des contraintes principales à l'atteinte des objectifs du PRODESS III est le financement insuffisant ressenti par les acteurs rencontrés. En effet, à tous les niveaux, les répondants aux entrevues ont fait part de difficultés financières :
86. Les ressources financières sont insuffisantes, le centre de santé est dans un état délabré.
87. [la principale difficulté est]la faiblesse des ressources propres qui ne peuvent pas faire face à toutes les charges : salaire du personnel, factures d'eau et d'électricité, achats de médicaments et de matériels médicaux, contribution au système de référence/évacuation.
88. La non-atteinte de nombreux objectifs du PRODESS III apparaît donc liée au manque de moyens auquel les acteurs de la santé font face, en raison du mode de financement du programme (ce qui sera développé plus en détail à la section suivante), mais aussi en raison :
- de la préférence d'une partie de la population pour le secteur privé, s'installant parfois de manière chaotique, et qui prive le secteur public de recettes potentielles ;
 - des gratuités offertes dans les hôpitaux, pas toujours assorties d'un remboursement. En effet, le Décret n°02-311/P-RM du 04 juin 2002 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé instaure la gratuité de certains actes médicaux au profit de certaines catégories de malades. A titre d'exemple, les enfants de 0 à 14 ans, les élèves, les étudiants et les soldats pendant la dure légale de leur formation de base bénéficient de la gratuité de certains examens effectués dans les hôpitaux. De plus, le personnel socio-sanitaires, leurs conjoints, leurs enfants, leurs pères et mères bénéficient de la gratuité de l'ensemble des examens y compris les actes de radiologie et de scanner. Cette situation amène les hôpitaux à offrir ces prestations à titre gratuit sans s'attendre à un remboursement à titre de compensation ;
 - des tarifs imposés aux hôpitaux qui ne sont pas maîtres de leur propre tarification, toute chose qui ne leur permet pas d'atteindre leur objectif ;
 - de la difficulté de faire financer le fonctionnement des instances de gouvernance, notamment par les partenaires financiers qui préfèrent se concentrer sur des activités directes auprès des citoyens ;
 - de la non mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) ou la non-réception de subventions prévues pour l'ASACO. La non-participation de certaines communes dans le financement des activités des ASACO entraîne, soit la non-réalisation d'une activité, soit l'utilisation non programmée de fonds ;
 - du retard dans le paiement des prestations AMO par la CANAM. Cette difficulté est illustrée par un gestionnaire d'ASACO en ces termes :
- « [Chez nous], la prise en charge des ordonnances AMO est arrêtée. En effet, nos factures n'étaient pas payées ou étaient payées partiellement et avec beaucoup de retard par la CANAM ».*

89. Ce manque de moyens se traduit évidemment par des besoins non comblés en termes d'embauche de personnel, d'achat de matériels, ou d'installation dans des locaux adéquats, qui entravent le bon fonctionnement du système dans son ensemble.

Les locaux sont vétustes et insuffisants, il arrive que des patients soient hospitalisés sous des hangars. La seule ambulance dont disposait l'ASACO n'est plus fonctionnelle depuis 2 ans.

(Entrevue avec les acteurs de la santé)

Insuffisance de matériel et de personnel par rapport à l'affluence. Un seul médecin au centre pour 29 000 habitants.

(Sondage auprès des prestataires)

90. La question de la gestion des ressources humaines reste également un sujet complexe et épineux. Une des conditions de réussite du PRODESS est incontestablement l'emploi de ressources humaines qualifiées. Lors des différents sondages et entretiens, les goulots d'étranglement les plus fréquents sont essentiellement relatifs à :

- l'insuffisance de ressources humaines : les structures manquent souvent de ressources financières pour procéder à des recrutements qui répondent à leurs besoins réels. Un acteur de la santé explique par exemple :

Une évaluation des besoins en personnel est faite en amont par les médecins-chefs des districts sanitaires [...] En général, toutes les demandes ne sont pas comblées.

- la mauvaise répartition du personnel médical entre les structures sanitaires centrales et celles des niveaux régional et local. En effet, elles ne sont pas dotées de personnel de la même façon. Pendant que les structures de Bamako sont généralement mieux dotées, certaines régions et certains cercles sont en manque criard d'effectifs ;
- l'instabilité du personnel régional : le peu de personnel affecté à la région ne reste souvent pas longtemps au même poste, certains agents qui prennent service sont réaffectés ailleurs, ne souhaitant pas s'installer durablement en région éloignée;
- la difficulté de trouver des ressources humaines qualifiées même lorsque le financement est disponible;
- une difficile adéquation entre les besoins du marché de l'emploi et la formation ; ce qui fait dire à un prestataire :

[une] réforme doit être menée dans les écoles de santé pour adapter les programmes de formation aux besoins des CSCOM.

- la difficulté de motiver certains personnels de santé, notamment des personnes envoyées dans des zones difficiles, sans mesures d'accompagnement ou sans conditions de travail avantageuses ;
- la contractualisation du personnel et le statut différent du personnel dans les CSCOM : il y a plusieurs types de personnel dans les

structures de santé, les fonctionnaires de l'État, ceux des Collectivités Territoriales et les contractuels. Dans les CSCOM, le personnel recruté directement par l'ASACO n'a pas toujours un contrat en bonne et due forme, ou quand il y a un contrat, le contenu desdits contrats n'est pas toujours attractif. Leur statut n'est non plus pris en compte par le système de gestion des ressources humaines du Ministère, ce qui complexifie leur prise en compte dans une vision intégrée du système de santé ;

- Bien qu'identifiés clairement au niveau central, ces problèmes liés à la gestion des ressources humaines n'ont pas été pris en compte à la hauteur des entraves qu'ils posent dans la réalisation des objectifs du PRODESS. De nombreux acteurs se plaignent d'une gestion des ressources humaines comprise uniquement dans ses aspects administratifs, et non de façon stratégique. Alors que de nombreuses idées et bonnes pratiques sont identifiées (formation et recrutement régional ou local, système de primes, de bourses ou de maison d'astreinte pour le personnel en zone éloignée, mise en place d'un observatoire des ressources humaines), leur mise en œuvre concrète se fait encore attendre ;
- La coordination générale du système de santé a également été citée comme une entrave majeure à l'atteinte des cibles du programme. Les exercices de planification réalisés sur le terrain, ne sont en effet que peu suivis de moyens adéquats, subissent des coupes budgétaires assez importantes, sans adaptation des cibles à atteindre. L'équilibre entre encadrement d'un système décentralisé par l'autorité centrale et respect de l'autonomie accordée est finalement difficile à trouver ;
- bien qu'étant indispensable dans la réussite de la politique de santé en leur qualité de structure de 2ème et 3ème référence dans la pyramide sanitaire, les hôpitaux ne sont que très peu associés aux activités de planification du PRODESS ;
- Fonctionnement des hôpitaux.

91. Conformément à la législation en vigueur, les organes d'administration et de gestion des hôpitaux doivent fonctionner sur la base d'une certaine autonomie. En effet, aux termes de l'article 54 de la Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, « les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière ». A ce titre, le Conseil d'Administration de l'hôpital est compétent pour prendre un certain nombre de décisions allant dans le sens d'un fonctionnement efficace de l'hôpital. L'article 57 de la Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière précise notamment que « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement public hospitalier et délibère sur :

- 1) le projet d'établissement ;
- 2) les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds ;
- 3) les tarifs ;
- 4) le budget;
- 5) la création de postes et les emplois ... ».

92. Cette autonomie dont les hôpitaux bénéficient dans leur fonctionnement n'est pas totale dans la mesure où leur CA ne peut pas prendre et appliquer en toute autonomie certaines décisions pourtant essentielles pour le fonctionnement de l'hôpital. En effet, aux termes de l'article 102 de la loi suscitée portant loi hospitalière, certaines délibérations du CA, pour être exécutoires, sont soumises à l'approbation préalable de l'autorité de tutelle, à savoir le ministre chargé de la Santé. Il s'agit des délibérations relatives notamment au projet d'établissement, à la fixation des programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, à la fixation des tarifs, au budget, à la création de postes. Il s'ensuit donc que ce droit de veto de la tutelle sur le contenu desdites délibérations réduit la marge de manœuvre des acteurs des hôpitaux dans la prise et l'exécution de décisions allant dans le sens d'une gouvernance optimale de la structure.
93. Il ressort des entretiens que les hôpitaux n'ont pas la maîtrise de leur tarification, toute chose qui ne leur permet pas d'équilibrer leurs finances compte tenu des mesures de gratuité auxquelles ils sont astreints et des besoins en personnel et autres intrants.
94. A cet effet, les avis des acteurs sont partagés sur l'amélioration de la gouvernance au niveau des hôpitaux.

Pour certains :

La gouvernance a été améliorée à travers la mise en place et le fonctionnement des organes d'administration et de gestion de l'hôpital. La tenue régulière des organes de gestion a permis l'amélioration de la gestion administrative, financière et le fonctionnement global de la structure.

et pour d'autres :

Le conseil d'administration ne joue pas son rôle, ne prend pas de décisions et n'aide pas la direction. Les sessions ne sont pas régulièrement tenues, car les fonds manquent et le personnel est occupé à gérer le quotidien.

• **Le mode de financement du PRODESS III.**

95. Le financement du système sanitaire étant relevé majoritairement comme un frein à l'efficacité du PRODESS, il convient de l'étudier plus en détail.

Description du financement de la santé

96. Un premier déterminant du financement de la santé est lié à un engagement du Sommet du Millénaire de 2000-2001 à Abuja, où les dirigeants des Etats membres de l'Union Africaine ont adopté la « Déclaration d'Abuja » à partir de laquelle ils se sont engagés à attribuer au moins 15% du total de leurs budgets nationaux annuels au secteur de la Santé.
97. Le mécanisme de mobilisation et de répartition des ressources du PRODESS III est géré par la Cellule de Planification et Statistiques du Secteur de la Santé, du Développement social et de la Promotion de la Femme qui s'occupe de la signature des conventions de financement avec

les partenaires techniques et financiers. En effet, lors de l'élaboration des plans opérationnels, chaque partenaire technique et financier décline le montant de sa contribution financière. Ces montants ainsi obtenus sont déposés sur un compte A, à l'Agence centrale du Trésor, géré par l'agent central du Trésor. Ce compte A sert à alimenter les comptes B ouverts dans chaque région et gérés par les trésoriers payeurs régionaux. Par la suite, les comptes B approvisionnent les comptes C ouverts dans les districts sanitaires et gérés par les receveurs-percepteurs.

Le PRODESS est financé par 3 sources principales :

- les appuis directs des partenaires techniques et financiers ;
- les appuis budgétaires de l'État inscrits au budget national et gérés au niveau central par la DFM ;
- les appuis budgétaires de l'État inscrits aux budgets régionaux et dans les budgets des organismes personnalisés de santé dotés de l'autonomie financière.

98. Il arrive que des partenaires acceptent de financer certaines activités du PRODESS en lien avec leur domaine de prédilection. Les communautés contribuent aussi au financement du PRODESS.

99. Avant le 1^{er} trimestre de chaque exercice, les comptes B doivent être alimentés. Et dès que c'est le cas, les directeurs régionaux de la Santé adressent les requêtes aux payeurs régionaux afin de prendre les dispositions pour approvisionner les comptes C au niveau des districts sanitaires.

Tableau 14 : Situation de mobilisation des ressources 2014-2017

Année	Dotations	Allocations	Engagements	Ecart Dot/Allo
2014	560 000 000	560 000 000	553 716 723	0
2015	19 000 000 000	7 849 545 573	7 791 547 889	11 150 454 427
2016	11 289 191 000	4 479 878 262	4 479 212 494	6 809 312 738
2017	8 441 447 000	2 652 595 810	2 651 838 030	5 788 851 190

Source : Extrait du SIGD-PRED 2014-2017.

100. En 2018 le Mali a commencé la mise en œuvre du budget en mode programme avec une présentation différente ce qui explique l'absence des données de 2018 dans le tableau ci-dessus.

Résultats de l'analyse du financement

101. De l'analyse des budgets alloués par l'État à la santé, il ressort que le Mali ne respecte pas ses engagements. Actuellement, le pays consacre un peu moins de 5% de son budget au secteur de la santé, contrairement à l'engagement des 15% donnée dans la « Déclaration d'Abuja ». Ceci explique alors que de nombreux répondants parlent d'un sous-financement du secteur, d'autant plus que la participation de plusieurs partenaires techniques et financiers est en baisse. Le financement des plans opérationnels n'est ainsi pas à hauteur de souhait, d'autant plus que sur le budget prévu, de nombreuses coupes budgétaires réduisent finalement le montant réellement alloué, comme le montre le Tableau 14 ci-dessus. Le montage financier du PRODESS

fait apparaître des déficits à combler, toute chose qui aura un impact sur la réalisation des activités devant être financées par les montants à rechercher. En 2018 par exemple, le gap de financement du budget du PRODESS s'élevait à plus de 30 milliards de FCFA.

102. Après analyse des différents comptes rendus d'entretien et des documents financiers mis à la disposition de la mission, il ressort également que l'une des difficultés majeures identifiées dans la mise en œuvre du PRODESS reste la mobilisation des ressources financières, déjà limitées. La principale difficulté signalée par les acteurs est la mise à disposition tardive des fonds destinés à la réalisation des activités de santé. Les ressources financières ne sont ainsi pas disponibles à temps pour la réalisation des activités au niveau local. Le système de mobilisation des ressources du PRODESS III n'est pas le même que les précédents, la majorité des partenaires ayant basculé sur l'appui budget sectoriel dont les décaissements passent par la DRB, ce qui les retarde. A titre d'exemple, en 2018 certaines régions ont reçu leurs premiers fonds pour l'année en octobre, ce qui a évidemment fortement entravé la réalisation des activités prévues. La baisse de participation de certains partenaires explique aussi en partie ces retards, moins observés précédemment, puisque leur présence et leur suivi avaient tendance à « forcer » la mise à disposition en temps et en heure des fonds.
103. Ensuite, la seconde difficulté signalée par les acteurs réside dans la mobilisation des ressources financières qui est, elle, aussi difficile au niveau communautaire. Selon ces acteurs, bien que les ASACO payent régulièrement les quotes-parts, leurs contributions restent faibles par rapport aux besoins de financement. La contribution des Conseils communaux et des Conseils de cercle est elle aussi, assez faible, au regard des besoins. Les fédérations de santé rencontrées ont signalé des difficultés d'accès aux subventions que l'État accorde aux ASACO. En pratique, ces subventions, qui passent par les Collectivités territoriales, n'arrivent pas toujours dans la caisse des ASACO, malgré les dispositions légales.
104. Ces difficultés entraînent de nombreux écueils de planification et de bonne gouvernance, c'est le système entier qui perd en efficacité : certaines activités sont réalisées sans être prévues et des activités prévues ne sont pas toujours exécutées. Dans ces cas, ce sont souvent des partenaires extérieurs ou privés qui viennent avec leur budget pour une ou des activités précises, sans passer nécessairement par la structure hiérarchisée de mobilisation des fonds du PRODESS, réputée comme lourde et inefficace. Ainsi, si les fonds du PRODESS sont alloués en fonction des Plans Opérationnels, il y a beaucoup d'activités qui sont menées sans être dans les PO.
105. Enfin, les instances de concertation et de planification, dont les conseils de gestion et les CROCEP, qui ne sont pas prises en charge sur le budget national, peinent également à trouver des ressources financières pour la réalisation de leurs activités.

Bilan de la contribution du PRODESS III au renforcement des capacités techniques et opérationnelles

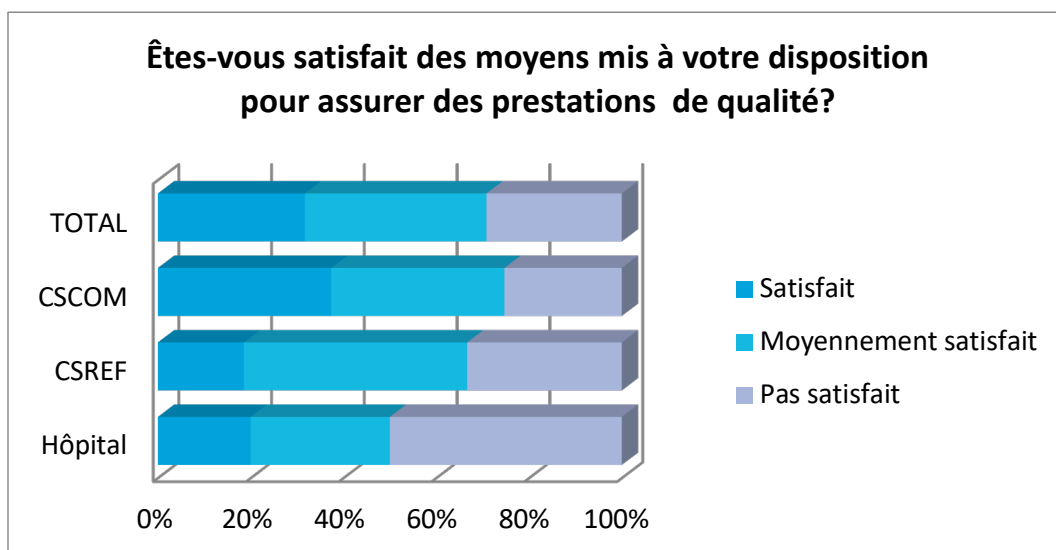
106. Les acteurs de la santé rencontrés en entrevue indiquent un mouvement général de renforcement du plateau technique, particulièrement dans les hôpitaux et les CSRéf. Ainsi, de nouvelles spécialités sont créées à l'échelle locale, ce qui permet de réduire les évacuations vers les hôpitaux de Bamako. Les résultats du sondage révèlent également que des améliorations substantielles ont été apportées grâce au PRODESS bien que tous les besoins exprimés n'aient pas été comblés.

L'apport du PRODESS III est incommensurable car sa mise en œuvre a aidé les structures opérationnelles. En effet, grâce à l'accompagnement des partenaires, le PRODESS a notamment permis de renforcer les plateaux techniques, [... mais ils restent] faibles dans l'ensemble. A titre d'exemple, il n'y a pas d'oxygène dans nos CSRéf.

Il y a eu beaucoup de changements. Il n'y a plus de rupture de médicament comme avant due à un problème à l'interne. Le partenariat avec les groupements de femmes lors des campagnes de sensibilisation a favorisé la fréquentation du centre.

(Entrevues avec les acteurs de la santé)

107. Le sondage auprès des prestataires confirme ces résultats puisqu'ils soulignent les progrès réalisés dans les dernières années et l'augmentation de leur capacité technique. Ils restent toutefois encore majoritairement insatisfaits des moyens mis à leur disposition, comme le montre la figure 2 ci-dessous, soulignant que malgré les efforts consentis, les moyens restent encore faibles face aux besoins immenses des populations. Le renforcement de ces capacités techniques est d'ailleurs perçu comme un élément clé dans l'atteinte des valeurs cibles ambitieuses du programme.



Source : sondage auprès des prestataires

108. Les répondants au niveau des hôpitaux se disent satisfaits du rehaussement du niveau du plateau technique par la présence de médecins spécialistes et l'équipement en matériels. Près de 80% des prestataires au niveau des hôpitaux sont par contre insatisfaits en raison de la répartition inéquitable du personnel et du manque d'entretien du matériel de travail.

Les entretiens du matériel ne sont pas faits à hauteur de souhait, il y a un manque criard d'eau potable et de produits de nettoyage.

109. Au niveau des CSRéf, 19% des soignants rencontrés sont satisfaits de l'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins prodigués grâce à la disponibilité du matériel et aux formations reçues. 81% des répondants des CSRéf sont néanmoins insatisfaits des moyens mis à disposition, citant notamment le besoin d'extension des locaux pour permettre aux agents de santé de déployer toute leur technicité en matière de soins spécialisés et de répondre favorablement aux sollicitations des populations.

110. Avec 37% de taux de satisfaction, les prestataires de santé au niveau des CSCOM sont les plus nombreux à être satisfaits des moyens mis à leur disposition. Ils indiquent comme motifs de satisfaction la disponibilité de divers équipements et souvent de laboratoire pour faire des analyses. Il ressort des commentaires des prestataires peu et non satisfaits que l'insuffisance d'équipements, de matériels et de moyens logistiques en est la principale cause. Ils souhaitent ainsi une poursuite des améliorations du plateau technique pour une meilleure prise en charge des patients.

111. Aussi, des prestataires ont évoqué le manque et la mauvaise répartition du personnel. Un répondant a affirmé :

Le CSCOM a une seule infirmière obstétricienne pour 26 000 habitants. Ces chiffres confirment le réel déficit du personnel dans cette région.

112. Au-delà des besoins non comblés, les répondants aux entrevues relèvent également plusieurs insuffisances sur le terrain : des activités retardées, abandonnées ou inachevées, des ingérences qui viennent compliquer une gestion déjà difficile, des réalisations ou des achats qui ne répondent pas aux réelles priorités exprimées par les acteurs :

*Parfois des formations sont faites en dehors des programmations. En 2016, quatre médecins [...] sont partis en formation à la même période. Deux médecins [...] ont été réaffectés pour remplacer les partants. Cette réorganisation se fait souvent difficilement.
(Entrevue avec les acteurs de la santé)*

Conclusion sur l'efficacité

L'ensemble des analyses menées par la mission indiquent que le PRODESS III n'a démontré qu'une efficacité limitée sur la période d'évaluation. Sur de nombreux indicateurs de suivi du programme, les progrès sont perceptibles, mais lents, et n'atteignent donc pas les cibles escomptées.

Les capacités techniques et opérationnelles du système sanitaire ont été renforcées par des formations du personnel, des achats de matériel, la construction et le renouvellement des infrastructures, ce qui ne satisfait qu'en partie les acteurs de la santé qui voient encore le décalage entre leurs moyens et les besoins réels.

Le système sanitaire reste en proie au sous-financement chronique par rapport aux projections budgétaires initiales, il n'est donc pas surprenant que, confronté à un manque de moyens, il doive faire face à de nombreuses difficultés et besoins non comblés.

Tous les goulots d'étranglement ne sont toutefois pas uniquement imputables au manque de moyens. On peut notamment citer la répartition inéquitable des prestataires de santé sur le territoire, l'inefficacité d'ensemble apportée par les défauts de planification et de coordination, avec des plans établis souvent de manière non réaliste, des moyens qui ne concordent pas avec les plans, et des activités réalisées en dehors de ceux-ci.

Ces problèmes ne sont pour la plupart pas nouveaux et un ensemble de bonnes pratiques et de solutions existe et est identifié dans le secteur de la santé.

B. Résultats sur la gouvernance :

113. Le cadre de la présente évaluation, on attend par gouvernance la gestion et le fonctionnement des organes de pilotage de la santé aux niveaux nationale et local.

114. La gestion communautaire et participative de la santé étant un des principaux axes de changement vécu depuis 2014, il est pertinent de l'étudier plus en détails. En effet, bien que la santé communautaire n'ait pas été lancée avec le PRODESS III, cette phase du programme a été vécue comme celle de la « maturité » de la décentralisation de la santé, où ses effets ont vraiment commencé à se faire sentir. L'étude de ce mode de gouvernance est donc particulièrement pertinente, afin de comprendre s'il porte ses fruits sur le terrain. La mission s'est posé la question d'évaluation suivante:

Question 4 : La gestion participative du PRODESS a-t-elle permis une meilleure administration du service public de la santé ?

• Niveau de fonctionnement des organes de gestion des ASACO

115. Les trois organes de gestion de l'ASACO sont : le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Gestion (CG) et le Comité de surveillance. Le CA arrête les décisions nécessaires au fonctionnement du CSCOM. Le CG assure l'exécution des décisions du CA. Quant

au Comité de surveillance, il s'assure que les activités programmées sont correctement mises en œuvre. En fin d'année, une assemblée générale regroupant la population et les gestionnaires est organisée pour rendre compte et donner les grandes orientations. Au cours de cette assemblée générale, le CA et le Comité de surveillance présentent leur rapport de gestion. Le bilan et les plans opérationnels sont validés sur présentation au CA. Les PV de réunion sont dressés et une copie est déposée à la Marie et au service du développement social.

116. Il ressort de l'analyse des comptes rendus d'entretien avec les acteurs de la santé que tous les organes de gestion de certaines ASACO ne sont pas fonctionnels. Dans bon nombre d'ASACO, les réunions ne se tiennent pas, il n'y a ni Conseil d'Administration, ni Conseil de Gestion, a fortiori une assemblée générale, ce qui interroge sur la pertinence de cette structure.
117. Selon les répondants, ces dysfonctionnements sont liés à plusieurs facteurs :
- l'indisponibilité des membres du conseil de gestion due au caractère bénévole de l'engagement dans une ASACO, qui entraîne la non-tenue des sessions;
 - l'insuffisance de ressources pour financer les rencontres statutaires;
 - les difficultés de collaboration entre les membres du bureau de l'ASACO, susceptibles de retarder le renouvellement des instances dirigeantes.
118. Toutefois, la majorité des répondants restent confiants dans la pertinence du système des ASACO et ne souhaitent pas revenir en arrière.

• Aptitudes des membres des ASACO pour la gestion de la santé

119. Il s'agissait pour la mission d'évaluer le lien entre le niveau d'instruction des membres des ASACO et le fonctionnement des organes.
120. De nombreux gestionnaires sont d'avis que le niveau d'instruction n'est pas une condition indispensable pour bien gérer les questions relatives à la santé. Les ASACO étant des associations, il n'y a pas de critère lié au niveau académique pour en être membre. Le constat est que, bien que 80% des membres des ASACO soient analphabètes, lesdites ASACO sont fonctionnelles sur le terrain. L'un d'eux a d'ailleurs avancé :
- Il n'est pas nécessaire d'avoir un niveau académique pour gérer une ASACO, il suffit de vouloir faire un don de soi et d'aimer sa communauté pour aider à son développement.*
121. Toutefois, des acteurs rencontrés estiment qu'un certain niveau académique est nécessaire pour occuper certains postes au sein du bureau de l'ASACO et qu'il s'agit dès lors de trouver un équilibre localement entre la motivation des membres, leur proximité avec la communauté et leurs aptitudes académiques pour que le système fonctionne.

Bien que les textes soient muets là-dessus, avec l'évolution de l'environnement, certains postes nécessitent un certain niveau académique pour une bonne gestion des ressources de l'ASACO. Il s'agit entre autres des postes suivants : trésorier général, commissaire aux comptes.

Pour une meilleure gestion, et malgré la forte conviction à vouloir servir la communauté de façon bénévole, un niveau minimum des membres du bureau est requis. L'ancien bureau comptait beaucoup d'illettrés, et ceci a eu des conséquences négatives sur les activités de l'ASACO, car les gestionnaires ne réalisaient pas tous les enjeux.

• Perception sur le mode de gouvernance décentralisé

122. Une grande majorité des répondants aux entrevues apprécie le mode de gouvernance de la santé communautaire. Ils évoquent la « transparence accrue dans les prises de décision », « la culture de la redevabilité » qui s'est peu à peu mise en place, les populations qui deviennent « actrices de leur propre santé », voire la « démocratie locale » apportée par les ASACO. Un répondant affirme par exemple que le mérite principal du PRODESS est d'avoir responsabilisé les populations dans la gestion des questions de santé qui les concernent, ce qui constitue un moteur d'actions et d'amélioration. Plusieurs répondants citent en effet, des exemples de participations concrètes de la communauté qui se sent concernée par le secteur de la santé. Un membre d'une ASACO indique par exemple que la communauté s'est rassemblée pour doter le CSCOM de certains matériels comme des bancs et des chaises.

123. Un autre effet inattendu du renforcement des ASACO, relevé dans les entrevues, est la création d'emplois locaux dans le secteur de la santé communautaire. Plusieurs répondants indiquent que leur ASACO crée des postes, occupés par des membres de la communauté :

*[Un des apports du PRODESS est] la diminution du taux de chômage dans les communautés car les emplois créés par les ASACO sont principalement occupés par les agents issus de la communauté. A titre d'exemple, notre ASACO emploie et paye 9 agents sur fonds propres, issus tous de notre propre communauté.
(Entrevue avec les acteurs de la santé)*

• Coordination fédérations/ASACO

124. Le système de santé communautaire du Mali repose sur une gestion décentralisée. Ainsi, l'ensemble des ASACO d'un Cercle donné sont regroupées au sein d'une structure appelée Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM) qui sert d'interface entre elles et les autres acteurs de la Santé intervenant au niveau Cercle.

125. De même, l'ensemble des FELASCOM d'une région donnée sont regroupées au sein de la Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM), dont le rôle consiste à être leur répondant au niveau régional.

126. Par la suite, l'ensemble des FERASCOM sont regroupées au sein d'une instance nationale appelée Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM). La FENASCOM assure la représentation nationale de l'ensemble des ASACO auprès des autorités sanitaires et des Partenaires Techniques et Financiers.
127. Chacune des fédérations doit jouer un rôle d'appui-conseil et de formation.
128. La FENASCOM renforce les capacités des ASACO dans la mobilisation communautaire, la planification, la gestion des ressources et la maîtrise des textes relatifs à la santé communautaire. En outre, elle assure le plaidoyer pour la promotion de la santé communautaire au Mali, la fourniture des services de soins de santé de qualité, via les CSCOM des ASACO pour la prise en charge des problèmes de santé des populations, le fonctionnement du système de référence/évacuation, l'opérationnalisation de la CAM.
129. La majorité des ASACO rencontrées trouve que les fédérations de santé communautaire jouent leur rôle de coordination et de supervision. Leurs rapports ont ainsi été jugés bons dans l'ensemble.

Un acteur a ainsi déclaré :

La FERASCOM intervient surtout lorsqu'il y a des problèmes constatés au niveau d'une FELASCOM et qui dépassent son niveau de compétence. La FERASCOM supervise également la mise en place des FELASCOM. Tous les 5 ans, l'ensemble des FERASCOM se retrouvent à Bamako en vue de participer au congrès de mise en place de la FENASCOM.

Un autre acteur de la santé communautaire a confié :

La FELASCOM est l'organe de coordination des ASACO. Elle joue le rôle d'appui-conseil et de formation.

130. Toutefois, il est revenu des entretiens avec les gestionnaires de 36 ASACO que seules 3 ne sont pas satisfaites de leur relation avec leur fédération locale. Elles leur reprochent un manque d'assistance-conseil et de suivi de leurs activités.

La FELASCOM ne joue pas son rôle de coordination. Elle n'effectue ni supervision, ni formation.

Les relations avec la fédération sont pratiquement inexistantes. Depuis deux années, il n'y a eu ni réunion avec le bureau de la FELASCOM, ni formation. Bon nombre d'ASACO n'ont pas renouvelé leur instance dirigeante, et l'association faïtière ne fait pas le contrôle nécessaire. L'association a décidé, en 2019, de ne plus payer sa cotisation, car elle ne bénéficiait d'aucune activité et n'avait plus de visibilité. Les statuts des ASACO doivent être relus.

131. Puisque ces exemples de non-fonctionnalité des ASACO posent des entraves majeures à la fonctionnalité des CSCOM, de nombreux acteurs proposent un suivi plus strict des organes à travers la tenue des réunions statutaires et le renouvellement régulier des organes de gestion.

132. Au-delà de la non-mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM), certaines ASACO évoquent la non-réception de subventions prévues versées par l'Etat. La non-participation de certaines communes dans le financement des activités des ASACO entraîne, la non-réalisation de certaines activités.

• **Fonctionnement des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (conseil de gestion et CROCEP)**

133. Les organes d'orientation du PRODESS sont créés par Décret n°01-115/PM-RM du 27 février 2001, modifié, portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du Programme de développement sanitaire et social. Ils comprennent :

- au niveau national le Comité de suivi et le Comité technique ;
- au niveau régional le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation (CROCEP) ;
- au niveau local le Conseil de gestion.

134. Les acteurs de la santé communautaire participent aux réunions des CROCEP et des Conseils de gestion. Ces deux organes sont chargés de coordonner et d'évaluer le PRODESS à l'échelon régional et local. Ils adoptent les plans opérationnels et évaluent leur exécution.

135. Sur la période couvrant le PRODESS III, les Conseils de gestion et les CROCEP devraient se tenir deux fois par an en regroupant l'ensemble des acteurs locaux et régionaux impliqués dans les questions de santé.

136. Il ressort des comptes rendus d'entretien avec les différents acteurs impliqués dans la planification et le suivi du PRODESS que les organes de suivi-évaluation du PRODESS connaissent un problème de fonctionnalité. En effet, la planification est censée être participative et donc de bas en haut. Les aires de santé doivent élaborer, d'une part, le bilan des activités de l'année écoulée (N-1) et d'autre part, le Plan Opérationnel (PO) des activités à réaliser au cours de l'année suivante (N+1). Ces PO sont discutés et validés au niveau du District sanitaire par les Conseils de gestion. Par la suite, les planifications des Conseils de gestion sont également analysées et validées au niveau régional par les CROCEP. Par contre, cette pyramide n'est pas financée de manière pérenne et les rencontres ne se tiennent donc pas avec la régularité prévue :

Au niveau régional, les CROCEP se tiennent normalement, une fois par an sur invitation du gouverneur.

Si les réunions des Conseils de gestion et des CROCEP sont régulièrement tenues grâce au financement des partenaires, il en va autrement pour celles des aires de santé (niveau CSCOM) qui ne sont pas toujours effectives. Cela résulte d'un manque de financement de ces activités. Les conseils de gestion ne sont finalement tenus qu'une fois par an, ce qui est vécu comme insuffisant dans bien des cas.

137. Ainsi, l'ensemble des activités de concertation n'est pas encore ni financé de façon pérenne ni tenu de façon fonctionnelle partout, ce qui ne peut aboutir à une pyramide efficace et efficiente de gouvernance.

Conclusion sur la gouvernance

Sur la base des données collectées par la mission, il s'avère que la gouvernance du PRODESS III a amélioré la gestion des questions de santé. En effet, la gestion participative qui constitue le socle de la santé communautaire a permis aux populations d'être actrices de leur propre santé dans une dynamique de démocratie locale. L'engouement ainsi créé a amené les gestionnaires d'ASACO à être plus engagés pour la réussite de la santé communautaire, en dépit du caractère bénévole de leur fonction et du faible niveau d'instruction des membres. Pour ce faire, ils ont régulièrement bénéficié d'importantes actions de renforcement de capacités de la part des services techniques de la Santé organisés autour des Directions Régionales de la Santé (DRS).

Toutefois, cette gouvernance a été affectée par un déficit de fonctionnement des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS pour faire fonctionner l'ensemble du système, du bas vers le haut. Ce dysfonctionnement est notamment dû à la non-tenu du nombre de réunions annuelles.

En outre, d'autres contraintes identifiées dans le fonctionnement des ASACO (non-tenu régulière des réunions statutaires, déficit de collaboration avec les autorités communales, non renouvellement des organes de gestion) ont pu négativement impacter la gouvernance du système de santé.

C. Résultats sur les effets :

138. L'étude des effets est, enfin, centrale dans une mission d'évaluation, d'autant plus que nous nous situons 6 ans après le lancement du PRODESS III en 2014, ce qui laisse la possibilité d'observer la matérialisation de résultats concrets du programme auprès des populations. En s'appuyant sur la méthode de l'Outcome harvesting, la mission d'évaluation a tout d'abord étudié la contribution globale du PRODESS III sur la qualité des prestations de santé, puis s'est concentrée sur un secteur en particulier, comme étude de cas : la référence/évacuation, et ses effets sur la santé maternelle et néonatale :

Question 5 : Le PRODESS a-t-il contribué à l'amélioration de la qualité des prestations de santé?

Question 6 : Le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a-t-il amélioré la santé maternelle et néo-natale ?

• Contribution du PRODESS

Accessibilité des services de santé

139. De nombreux répondants aux entrevues ont souligné les progrès réalisés dans le secteur de la santé pendant la période du PRODESS III. On remarque toutefois que ce sont les bénéficiaires des CSCOM qui voient le plus d'avancées. Sur la période 2014-2018, c'est en effet l'échelon de la santé communautaire qui semble avoir fait l'objet de plus d'amélioration, avec aujourd'hui un système composé d'environ 1379 ASACO :

C'est entre 2014 et 2018 que les ASACO [...] ont atteint une certaine maturité.

Si le Mali a quelque chose à exporter après l'or et le coton, c'est la santé communautaire.

*La période couverte par le PRODESS III [...] est marquée par l'avènement des soins essentiels dans la communauté à travers les ASACO.
(Entrevue avec les acteurs de la santé)*

140. Grâce à ces progrès au niveau communautaire, on ne peut que constater donc une meilleure accessibilité des populations aux soins de santé. Les répondants aux entrevues indiquent notamment que les patients n'ont plus à se déplacer systématiquement à Bamako, ou à l'hôpital, voire au CSRéf, ce qui était encore « impensable » il y a quelques années. Un ensemble de soins de base devient donc de plus en plus disponible, et rapidement, notamment dans les zones rurales, ce qui entraîne un niveau élevé de satisfaction chez les bénéficiaires du système de santé :

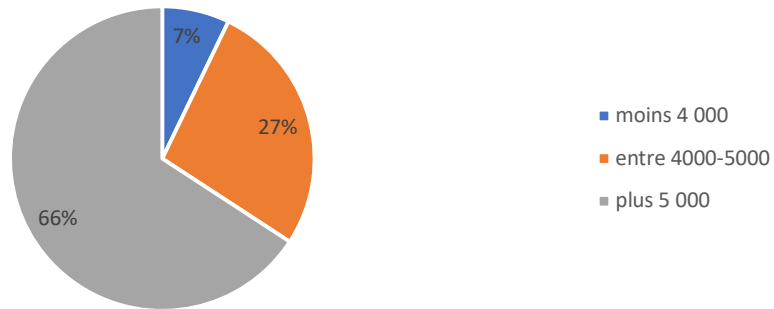
Grâce à la décentralisation de la santé par la création des ASACO, les médecins sont beaucoup plus disponibles pour les populations. La prise en charge est devenue plus rapide et les soins de santé moins chers.

(Entrevue avec les acteurs de la santé)

141. Cette satisfaction n'est, par contre, visible qu'aux endroits où le système de santé communautaire est fonctionnel. En effet, dans certaines localités, le lien de confiance entre la population et le CSCOM n'est pas encore tout à fait établi, en raison du manque de moyens ou de ressources humaines qualifiées, d'une installation récente ou d'une collaboration délicate avec les collectivités territoriales. Dès lors, les patients se tournent vers le secteur privé, ou directement vers les CSRéf et hôpitaux, ce qui ne fait qu'accroître la situation précaire du CSCOM par manque de patients et donc de recettes. Pour d'autres bénéficiaires, le CSCOM est encore trop éloigné, et les moyens de transport trop limités, ce qui rend les services de santé encore peu accessibles.

142. A cet égard, il ressort par exemple des résultats de l'étude de cas que dans le district sanitaire de Bafoulabé (Région de Kayes), des villages sont éloignés des CSCOM, les CSCOM aussi sont assez distants du CSRéf. En effet, l'étude de cas a révélé que sur 172 villages composant le district sanitaire de Bafoulabé, 54 sont situés à plus de 15 km de leur CSCOM de rattachement. Aussi, sur une population totale de 181 650 habitants composant le district sanitaire, 102 623 personnes, soit 56,49% habitent à moins de 5km du CSCOM, 45 936, soit 25,29% habitent entre 5 et 15 km, et 33 091 personnes, soit 18,22%, habitent à plus de 15 km du CSCOM. En ce qui concerne la distance séparant les CSCOM du CSRéf, 7 CSCOM sur un total de 25 sont situés à plus de 100 km du CSRéf dont un à 210 km. A cette longue distance s'ajoutent des conditions difficiles d'accès caractérisées par un mauvais état des routes qui sont, pour la plupart, impraticables en période d'hivernage. On comprend dès lors que, malgré les progrès vécus en termes d'accessibilité, de nombreux efforts restent à faire, et non uniquement dans le secteur de la santé, puisque c'est un réel éloignement d'ensemble des services publics de base qui est vécu par ces populations du fait de leur enclavement.
143. Par ailleurs, lorsque l'on analyse les données des répondants au sondage auprès des bénéficiaires, il est évident que les populations les plus éloignées des CSCOM ne les fréquentent pas régulièrement, et ne ressentent donc pas les effets positifs de l'accessibilité à ces soins de base. En effet, 80% des personnes interrogées lors du sondage réalisé au sein des établissements habitaient à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé. Il faut toutefois noter que ces populations éloignées peuvent se rendre parfois dans les centres de santé plus éloignées mais elles le font en cas d'urgence. Des stratégies particulières dites avancées (par exemple des équipes mobiles, des sites sentinelles) sont également mises en place pour les rejoindre de manière régulière, mais cela ne constitue, d'après plusieurs répondants, qu'une stratégie d'atténuation de leur situation et non une offre durable de soins de santé.
144. En plus des difficultés liées à la distance et à la praticabilité des routes, une entrave à l'accessibilité aux services de santé reste l'accès aux médicaments. En effet, la théorie du changement utilisée par la mission montre clairement que la fourniture d'un service de santé de qualité est fortement liée à la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité. Il ressort des études qu'une grande majorité n'est pas satisfaite de l'accès aux médicaments. Les répondants estiment de façon générale que l'accès aux médicaments reste l'un des points d'insatisfaction du PRODESS III en termes de nombre de produits par ordonnance, de coût moyen par ordonnance et de taux de disponibilité du produit à la pharmacie.

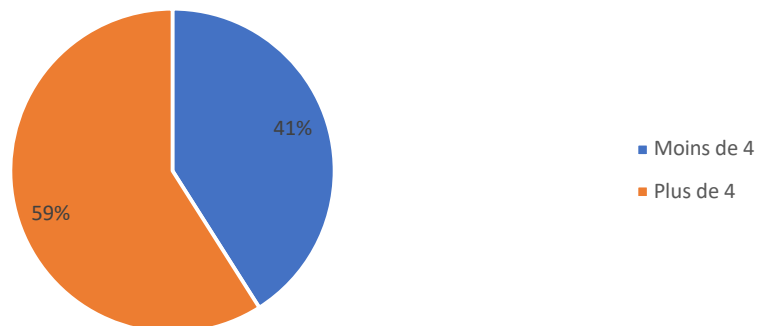
Quel est le coût moyen de votre ordonnance ?



Source : sondage auprès des bénéficiaires

145. 66% des bénéficiaires interrogés estiment que le coût moyen de leur ordonnance après consultation d'un professionnel de la santé dépasse 5 000 FCFA bien que certains d'entre eux soient assurés à l'AMO, ce qui dépasse largement les cibles fixées par le PRODESS qui sont de 2 000 FCFA pour les CSCOM et 3 000 FCFA pour les CSRéf.
146. 59% des bénéficiaires rencontrés disent avoir reçu une ordonnance avec plus de 4 médicaments prescrits par l'agent de santé, ce qui dépasse la cible de 4 médicaments maximum par ordonnance.

Combien de médicaments vous ont été prescrits par ordonnance ?



Source : sondage auprès des bénéficiaires

147. La plupart des répondants ne sont pas satisfaits de la disponibilité des médicaments dans les pharmacies des centres de santé, toute chose qui oblige les usagers à payer les mêmes produits plus chers sur le marché sans garantie de qualité. Les résultats du sondage ont établi que bon nombre de patients préfèrent éviter d'aller très souvent dans les centres de santé de peur de faire face à une ordonnance dont le coût est hors de leur portée car trop élevé. Aussi, certains répondants, faute de moyens financiers, se contentent d'acheter partiellement les médicaments prescrits sur l'ordonnance, ce qui peut nuire à l'efficacité du traitement. Ce coût élevé de l'ordonnance ne favorise donc pas une meilleure accessibilité des populations aux soins de santé.

Perceptions de la population sur la qualité des services de santé

148. Globalement, les bénéficiaires des services de santé rencontrés sont satisfaits des prestations offertes par les centres de santé. En effet, 80% des usagers interrogés se disent satisfaits pour avoir reçu les soins pour lesquels ils fréquentent le centre.

Tableau 15 : Satisfaction des bénéficiaires sur la prestation reçue

Type de structure	Satisfaction sur la qualité des prestations				
	Satisfait	Peu Satisfait	Pas Satisfait	Total	% Satisfait
Hôpital	66	46	8	120	55%
CSRéf	94	22	4	120	78%
CSCOM	277	25	2	304	91%
Total	437	93	14	544	80 %

Source : sondage auprès des bénéficiaires

149. Le taux de satisfaction le plus élevé a été observé au niveau des CSCOM soit 91%, ce qui confirme les données des entrevues avec les acteurs de la santé. Selon les usagers interrogés, les facteurs qui justifient leur satisfaction sont entre autres la proximité du CSCOM à la population et la disponibilité du personnel.

150. Les 9% d'usagers peu ou non satisfaits évoquent le plus souvent une mauvaise expérience personnelle lors d'une visite au centre, par exemple :

Pour les accouchements de mes épouses, je suis satisfait, mais pour la maladie de mon enfant, je ne suis pas du tout satisfait, car les médicaments que les médecins ont prescrits n'ont pas eu d'effet. Je suis obligé d'aller dans une autre clinique pour le soigner.

Je n'ai pas été satisfait des prestations lors de ma dernière visite, le traitement n'a pas été efficace.

151. Au niveau des CSRéf, le taux de satisfaction des usagers est de 77%. Les arguments évoqués sont relatifs à la disponibilité de médecins généralistes et souvent des spécialistes, à la qualité des soins, à l'amélioration de l'accueil des patients et de la propreté des locaux.

152. Les 13% d'usagers non satisfaits, dénoncent le plus souvent le temps d'attente, le traitement des dossiers au niveau du guichet de l'AMO, l'indisponibilité des médecins ou les pannes récurrentes :

Je suis satisfaite, mais les analyses de numération ne sont plus disponibles à partir de 11h.

153. Enfin, au niveau des hôpitaux, le pourcentage de 55% de satisfaction des usagers s'explique par le renforcement du plateau technique et du service d'urgence, l'efficacité des traitements, la diversité des services et des spécialités.

154. Les 45% de non satisfaits, évoquent des insuffisances dans l'accueil et l'orientation des malades, dans le traitement des dossiers d'assurance maladie dû à la lenteur des agents, au nombre peu élevé de guichets AMO, aux pannes et au manque de communication :

Les analyses sont bien faites. C'est le système d'accueil qui est à revoir. Le malade passe souvent beaucoup de temps dans la file d'attente à l'entrée.

155. Il ressort de l'analyse du sondage auprès des utilisateurs des services de santé que globalement, les usagers sont satisfaits de la prestation des agents de santé qu'ils rencontrent au moment de leur prise en charge. En effet, 84% des répondants estiment que les traitements accordés par les professionnels rencontrés lors de leur visite étaient satisfaisants. Ils affirment que les agents de santé rencontrés étaient respectueux, courtois, et maîtrisaient leur domaine. D'autres qualités sont apparues lors du sondage auprès des utilisateurs. Il s'agit, entre autres, de la disponibilité des agents, de la qualité de leur accueil :

Les sages-femmes sont aux petits soins avec les femmes enceintes. En général, le personnel s'occupe bien des patients.

Les agents de santé sont respectueux et se soucient de la situation parfois très difficile des patients.

Tableau 16 : Satisfaction des bénéficiaires sur la prise en charge

Satisfaction à propos de la prise en charge					
Type de structure	satisfait	peu satisfait	pas satisfait	Total	%
Hôpital	86	20	10	116	74%
CSRéfs	94	19	7	120	78%
CSCOM	266	26	6	298	89%
Total	446	65	23	534	84%

Source : sondage auprès des bénéficiaires

156. Le taux le plus élevé est encore une fois observé au niveau des CSCOM avec 89% de niveau de satisfaction, suivis des CSRéf et des hôpitaux avec respectivement un taux de satisfaction de 78% et de 74%.

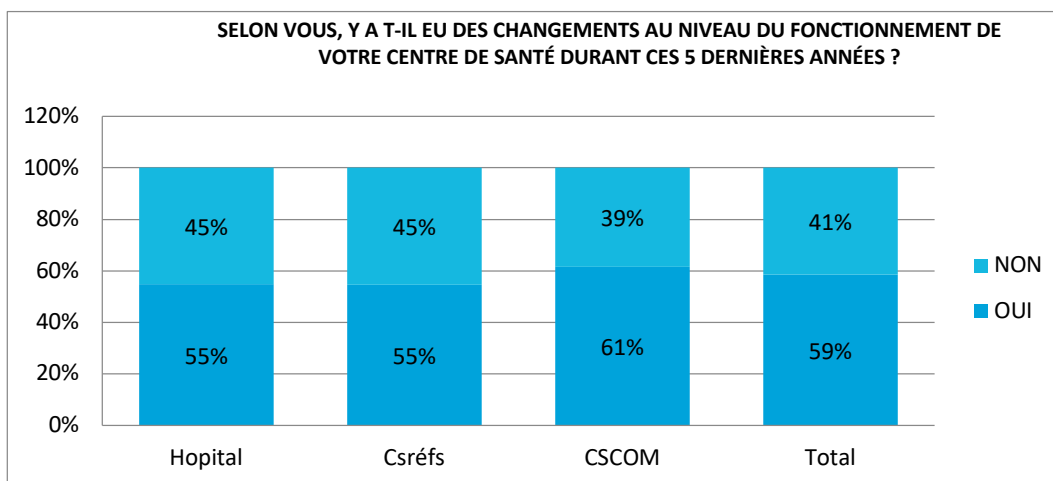
157. Bien que surprenantes pour certains prestataires et acteurs de la santé, les bénéficiaires estiment que les améliorations vécues dans les dernières années valent leur satisfaction. Conscients que tout n'est pas parfait, ils expriment surtout leur contentement d'être reçus par des prestataires qualifiés et courtois, et d'avoir accès à des soins. Evidemment, la vision des prestataires sur leurs capacités techniques encore limitées face aux besoins des populations vient nuancer ces points positifs, venant de citoyens qui ne voient pas forcément les défauts d'efficacité de l'intérieur.

Contribution du PRODESS au fonctionnement du centre de santé

158. Il ressort du sondage auprès des utilisateurs des services de santé que 59% des usagers estiment que le PRODESS III a apporté un changement positif dans le fonctionnement des centres de santé. Ces changements sont plus perceptibles au niveau des CSCOM avec un taux de réponse positive de 61%, suivis des CSRéf et des hôpitaux avec un taux de 55%. Ces progrès constatés s'expliquent par une augmentation du nombre de structures de santé, de l'effectif du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, du nombre de spécialistes dans les CSRéf et hôpitaux. Certains estiment que le PRODESS a donné une réponse à la préoccupation du manque d'infrastructure et de matériel dans les centres.

Le personnel est accueillant, les salles de consultation ne sont plus remplies comme avant, ce qui implique qu'il y a moins de malades maintenant.

Figure N°5 : Contribution du PRODESS à l'amélioration du fonctionnement des centres



Source : sondage auprès des bénéficiaires

159. De l'analyse des réponses, les changements perceptibles les plus évoqués au niveau des hôpitaux sont la rénovation des établissements et l'installation de nouvelles infrastructures, l'augmentation du personnel de santé, la propreté des locaux ou encore la mise en marche ou le renouvellement de quelques appareils et équipements qui ne fonctionnaient pas.

160. Cependant, les usagers insatisfaits déplorent le manque d'organisation au niveau du service d'accueil entraînant ainsi des délais d'attente très longs et l'insuffisance du nombre de guichet pour le traitement des dossiers d'assurance maladie.

161. Au niveau des CSRéf, les répondants ont également mentionné la propreté des locaux, l'augmentation du nombre de médecins par CSRéf, la possibilité de se faire consulter par des spécialistes sans aller à l'hôpital et la disponibilité d'ambulances fonctionnelles pour l'évacuation des malades.
162. Enfin pour les CSCOM, les bénéficiaires ont exprimé leur satisfaction à propos de la construction et la rénovation des centres, l'organisation d'activités de vaccination avec des équipes fixes et mobiles et de campagnes de sensibilisation auprès des populations pour inciter les femmes à effectuer les consultations prénatales et la disponibilité des vaccins, des médicaments et des prestataires, et ce même à des heures tardives.

• Indicateurs sur la santé de la population

163. Malgré une situation peu reluisante au regard des indicateurs internationaux dans les moyennes nationales (ce que l'on a d'ailleurs pu constater avec la non-atteinte de nombreux objectifs du PRODESS III), les acteurs de la santé soulignent néanmoins les améliorations locales face à différentes problématiques de santé et citent par exemple : des épidémies en baisse grâce aux campagnes de vaccination y compris en zones éloignées, des progrès face au paludisme saisonnier, une baisse des cas de mortalité liée à l'accouchement, des progrès dans la lutte contre la malnutrition. Plusieurs acteurs de la santé indiquent qu'ils observent notamment de belles avancées dans les localités desservies par un CSCOM fonctionnel :

Beaucoup d'indicateurs de santé ont connu un niveau d'amélioration.

On constate une amélioration de l'état de santé de la population ici. La CPN et la vaccination ont permis de réduire de façon considérable la mortalité infantile et néo-natale.

(Entrevue avec les acteurs de la santé)

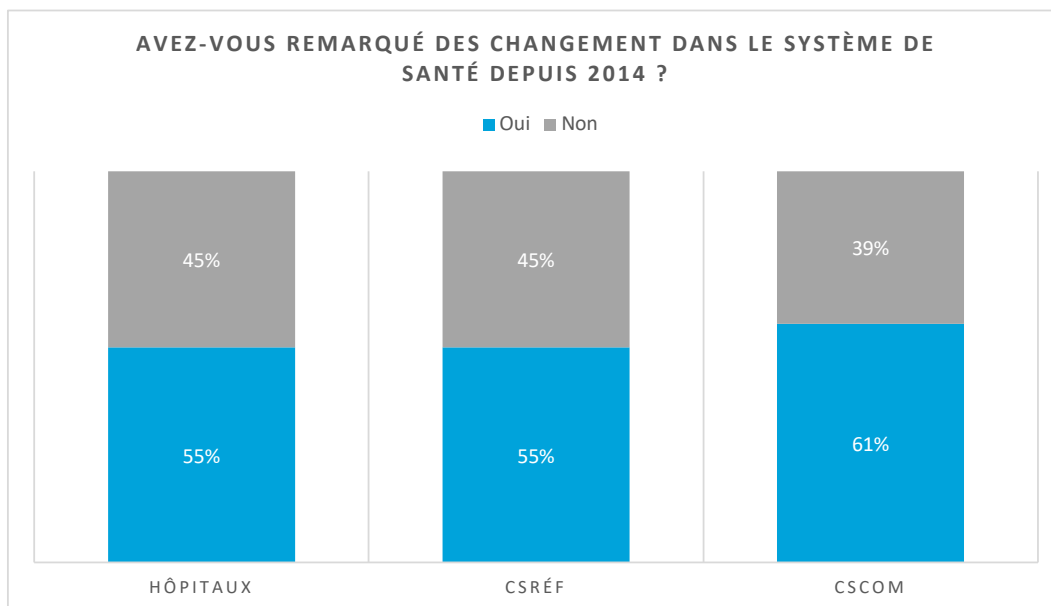
164. D'autres répondants expliquent, par contre, que ces améliorations coexistent avec des aggravations dans d'autres zones du pays, ce qui explique dès lors, la relative stagnation de certains indicateurs nationaux :

[L'apport principal du PRODESS est] l'extension de la couverture sanitaire, mais qui connaît aujourd'hui une régression dans les zones d'insécurité récurrente.

(Entrevue avec les acteurs de la santé).

165. La mise en œuvre du PRODESS a en effet été impactée par la situation sociopolitique du pays depuis 2012 avec l'insuffisance voire la suspension de certains financements extérieurs. Malgré cela, 59% des usagers pensent que le PRODESS III a apporté des changements positifs dans le système de santé au Mali.

Figure N°6 : apport du PRODESS dans le système de santé au Mali.



Source : sondage auprès des bénéficiaires

166. Quand bien même, il reste encore des progrès à faire dans certains domaines tels que l'accès aux médicaments, l'accueil et l'orientation au niveau des hôpitaux et le traitement des dossiers d'assurance maladie obligatoire, les personnes interrogées estiment qu'il y a eu des efforts considérables de la part de l'Etat et de ses partenaires.

Certaines maladies telles que la rougeole, la poliomyélite ont presque disparu et le système de santé s'est développé ces derniers temps car les usagers ont plus d'information sur leur état de santé (maladies chroniques, situation sérologique).

167. La multiplicité des centres de santé, la gratuité de certains médicaments, la mise en place des relais communautaires pour expliquer les méthodes de contraception ont favorisé un changement positif sur l'état de santé de la population. Des utilisateurs de service rencontrés d'une zone rurale affirment :

Avant la création du CSCOM, les femmes accouchaient à domicile et les conséquences étaient souvent dramatiques. Les enfants aussi souffraient de beaucoup de maladies saisonnières. Actuellement, les habitants de la zone se portent mieux et il y a moins de décès.

Nous nous réjouissons déjà qu'il y ait un CSCOM chez nous. Autrefois, il y avait beaucoup de décès d'enfants à cause des maladies. Mais maintenant, il y a moins de décès et les cas de maladies ont nettement baissé. Il y a également moins de cas de décès de nouveau-nés.

Avec le développement de la technologie et des ressources humaines, le système s'est amélioré, le personnel est plus professionnel et les lieux sont propres.

168. Certains utilisateurs rencontrés au niveau des hôpitaux échantillonnés pensent que le changement est perceptible à travers la création d'un service de dialyse, la formation de nombreux médecins spécialistes et le rehaussement du niveau du plateau technique.

169. Les 41% des usagers non satisfaits estiment que la situation n'a pas évolué ou sinon elle s'est détériorée. Ils estiment pour la plupart qu'ils sont confrontés à l'insalubrité et à une mauvaise qualité des soins et des médicaments. Ils estiment aussi que les délais d'attente sont de plus en plus longs et que le service d'accueil au niveau de certains hôpitaux ne favorise pas une prise en charge efficace des malades.

Avant, quand on était enfant, on se soignait gratuitement, sans payer 1 franc. Mais maintenant, les ordonnances coûtent cher. L'AMO est salutaire. Elle a réduit le coût de l'ordonnance mais n'a pas diminué les maladies. Donc, l'État doit prendre en charge les cas urgents, les personnes âgées et les indigents.

Beaucoup de maladies ont régressé ou totalement disparu. Cependant, le paludisme persiste encore, malgré les moustiquaires. Il faudra peut-être combattre l'insalubrité.

Dans notre village, on ne sent pas l'amélioration de la santé. Surtout pendant l'hivernage, tout le monde est malade.

170. Plus de 90% des prestataires estiment également que des progrès ont été enregistrés dans l'extension de la couverture sanitaire, à savoir entre autres :

- le suivi des vaccinations de routine a permis d'immuniser les enfants contre les maladies infectieuses ;
- les consultations prénatales, le planning familial ont entraîné la diminution de la mortalité maternelle et infantile ;
- l'ouverture de plusieurs CSCOM et pharmacies a permis de rapprocher la santé à la population ;
- les formations du personnel ont permis une nette amélioration dans les pratiques impactant l'état de santé de la population ;
- les campagnes de sensibilisation ont entraîné moins de consommation de médicaments de la rue ;
- la gratuité de la césarienne et celle du traitement du paludisme et de la malnutrition et de certaines maladies transmissibles ont considérablement joué sur le taux de mortalité maternelle et infantile.

171. Toutefois les prestataires de soins de santé évoquent tout de même des persistances dans les problèmes de santé :

Les mêmes maladies saisonnières sont toujours fréquentes (paludisme, fièvre typhoïde) et les produits des gratuités sont généralement en rupture.

Tableau N°17 : perception des prestataires sur les changements du PRODESS

Perception du changement dans le système de santé par type de structure			
Types de structures	OUI	NON	Total
Hôpital	9		9
CSRéf	26	1	27
CSCOM	75	5	80
Total général	110	6	116
%	95%	5%	100%

Source : sondage auprès des prestataires

• Etude de cas sur la référence/évacuation

172. L'étude de cas a concerné un échantillon de 851 et de 278 femmes enceintes référées et les parturientes évacuées de l'un des CSCOM, respectivement du district sanitaire de la Commune IV, en milieu urbain et de Bafoulabé, en milieu rural. Les résultats généraux des deux études de cas sont présentés ici.

Résultats au CSRéf de Bafoulabé

173. L'étude a établi qu'entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, le CSRéf de Bafoulabé, par le biais du système de référence/évacuation, a permis la prise en charge de 92% de femmes référées ou évacuées, contre 8% de femmes évacuées à l'hôpital régional de Kayes. Ce taux de 92% s'analyse comme un facteur d'efficacité du système car il démontre que le CSRéf prend en charge sur place et avec une certaine rapidité une très grande majorité de patientes en état d'urgence obstétricale. Ces patientes n'ont plus besoin de parcourir de distances supplémentaires pour être secourues. Le système a également permis de faire face à divers types de complications obstétricales. A cet effet, 12% de femmes ont été référées ou évacuées pour le motif de « Grande multipare »¹⁶ et 8% pour hémorragie.

174. L'étude a également démontré que 45,62% de patientes prises en charge proviennent de CSCOM situés entre 51 et 100 km du CSRéf, le premier niveau de référence. En revanche, ce taux est de 26,62% pour celles provenant de CSCOM situés à moins de 10 km du CSRéf. En ce qui concerne les patientes provenant de CSCOM situés à plus de 100 km du CSRéf, elles représentent 10,07% du nombre total de femmes référées ou évacuées sur la période de l'étude. Une analyse de la carte sanitaire du District de Bafoulabé permet d'identifier 07 CSCOM situés à plus de 100 km du CSRéf. Avec 7 CSCOM sur 25 situés à plus de 100 km du CSRéf dont un à 210 km, la longue distance qui sépare ces CSCOM du CSRéf constitue évidemment une contrainte majeure à l'efficacité du système de référence/évacuation.

175. De surcroît, il ressort des entretiens menés par la mission que ces longues distances qui séparent les CSCOM du CSRéf, ne permettent pas systématiquement une prise en charge rapide et sécurisée des

¹⁶ Se dit d'une femme enceinte mais qui a déjà accouché au moins 5 fois avant la présente grossesse. Cet antécédent présente donc des risques obstétricaux.

urgences obstétricales. En outre, les routes sont d'une fréquentation très difficile et elles sont impraticables en période d'hivernage. Le CSRéf de Bafoulabé ne dispose que de deux ambulances. En raison de la fréquence des urgences et des longues distances, plusieurs patientes nécessitant une prise en charge immédiate peuvent avoir besoin simultanément d'une ambulance. Ce qui pose un vrai souci d'efficacité.

Les moyens logistiques sont minimes. Les ambulances sont vieillissantes et l'accès aux CSCOM relevant du district est difficile.

(Acteur de la Santé, Bafoulabé).

176. C'est pour remédier à ces longues distances qu'un projet, initié au CSRéf de Bafoulabé, a construit une maison d'attente pour accueillir les femmes présentant des complications obstétricales mais qui n'ont pas de logeur à Bafoulabé et qui doivent venir au centre avant le début du travail. Ces femmes sont logées au sein du CSRéf jusqu'à l'accouchement et bénéficient d'une prise de charge alimentaire. Ces dépenses sont supportées par la caisse de la référence/évacuation grâce à une contribution supplémentaire de 20% de la quote-part habituelle. Cette maison d'attente est réellement vécue comme une bonne pratique, encore peu présente sur le territoire, mais permettant de faire de réels progrès en zone rurale, où les distances à parcourir sont immenses lorsqu'il y a une urgence.

177. De plus, il a été institué dans chaque village rattaché à un CSCOM une Caisse Villageoise de Solidarité (CVS) qui s'occupe de l'organisation du transport de la femme et du nouveau-né en détresse vitale vers le CSCOM grâce à des motos-ambulances. Ces Caisses de Solidarité Villageoise, alimentées par les contributions villageoises, assurent la pérennisation du système de transport du village au CSCOM.

178. Au regard de ce qui précède, il convient de conclure que le système de référence/évacuation du CSRéf de Bafoulabé est d'une efficacité mitigée. Elle permet une prise en charge effective des urgences obstétricales. En revanche, les longues distances, l'insuffisance de moyens logistiques et le mauvais état des routes limitent cette efficacité. A cela s'ajoute la faiblesse des ressources financières nécessaires au fonctionnement du système, en raison du non-paiement régulier des quotes-parts. Un acteur de la santé de Bafoulabé a confié à la mission :

Plus que le taux de mobilisation, c'est la promptitude du paiement qui est plus importante. Au cours des cinq années d'exercice, la plupart des acteurs ont payé leurs quotes-parts très en retard. Beaucoup attendaient la fin de l'année ou la veille de réunions importantes pour s'exécuter. Cela a pénalisé certaines parturientes dont les parents étaient obligés de prendre en charge le transport.

179. De plus, l'insuffisance de personnel à la maternité du CSRéf constitue également une entrave à l'efficacité du système de référence/évacuation. En effet :

Il faudrait un personnel qualifié pour assurer des services de qualité. Par exemple, au niveau de la maternité du CSRéf, il n'y a que deux sages-femmes et deux infirmières obstétriciennes.

(Acteur de Santé, Bafoulabé).

Résultats au CSRéf de la Commune IV du District de Bamako

180. L'étude a révélé que le CSRéf de la Commune IV, par le biais du système de référence/évacuation, a pris en charge 729 femmes, soit 85,66% contre 122 évacuées vers des hôpitaux, soit 14,34%. Ces chiffres montrent un taux assez élevé de prise en charge, donc une efficacité du système en termes de prise en charge sur place.
181. De plus, durant la même période, le CSRéf a réalisé un taux de 26,73% de césarienne contre 72,44% d'accouchement par voie basse. Ce taux de césarienne constitue un indicateur d'appréciation de l'efficacité du système de référence/évacuation, donc de la santé maternelle et néonatale suivant le PRODESS III.
182. Par ailleurs, en ce qui concerne le pronostic maternel, l'étude a enregistré 5 cas de décès maternels, soit 0,83% et 30 cas de naissances non vivantes, soit 5% sur un total de 601 femmes évacuées.
183. A l'issue des entretiens menés par la mission, il s'avère qu'il existe des difficultés de financement de la référence/évacuation dues au non-paiement à temps des quotes-parts par certains acteurs. Ces difficultés financières font que, contrairement au cadre conceptuel qui n'exige aucune obligation financière à l'égard des patientes référées ou évacuées, celles-ci sont, parfois obligées de payer elles-mêmes les frais occasionnés pour le transport notamment entre le CSRéf et l'hôpital, toute chose qui ne garantit pas une efficacité et une efficience du système. A cet égard, ces problèmes de mobilisation financière sont ressentis non seulement par le CSRéf, mais aussi par les ASACO et la Mairie. Ils engendrent :

L'insuffisance du financement des plans de développement socio sanitaire et des plans opérationnels des districts sanitaires qui sont les seuls outils de développement des districts sanitaires. (Acteur de la Santé, Commune IV).

184. Au regard de ce qui précède, il sied de conclure que si le système de référence/évacuation a permis une amélioration de la santé maternelle et néonatale à travers l'augmentation du nombre de césariennes effectuées, force est de reconnaître que le pronostic maternel reste mitigé en raison du nombre élevé de décès maternels (4) et de mort-nés (30) sur 601 accouchements.
185. Le non-paiement des quotes-parts constitue le principal goulot d'étranglement qui limite l'efficacité du système de référence/évacuation dans le CSRéf de la Commune IV du District de Bamako. Or, cette contrainte vient s'ajouter à un constat général d'insuffisance de ressources des structures sanitaires, à commencer par le CSRéf :

Le CSRéf fonctionne sur recouvrement de coût alors que ce dernier est insuffisant pour son fonctionnement. Le budget d'Etat alloué aux collectivités pour leur fonctionnement est très insuffisant et connaît souvent des restrictions. Les tarifs des CSRéf sont à caractère social et du coup ne sauraient suffire pour son fonctionnement normal. (Acteur de la Santé, Commune IV).

Conclusion sur le système de la référence/évacuation

186. L'étude de cas dans les deux districts sélectionnés permet de comprendre tout d'abord que le système de référence/évacuation, perçu comme efficace pour lutter contre la mortalité néo-natale et maternelle, est dépendant d'un système de financement communautaire fragile. Le paiement des quotes-parts n'étant pas toujours facile, la gratuité des services n'est pas garantie, ce qui remet en question la nature même du système. De l'étude des deux districts, on remarque aussi que le système met l'accent sur la liaison CSCOM-CSRéf, étant vue comme la plus critique. Toutefois, un certain nombre de femmes doivent également être transportées vers les hôpitaux, ce qui peut entraîner des coûts non pris en charge, et le lien entre le lieu d'habitation et le CSCOM pose lui aussi question. Sans une prise en compte de l'ensemble de ces trajets, il sera difficile d'atteindre les cibles de réduction de mortalité. L'accent est également mis sur le transport en cas d'urgence, mais la collaboration des différents échelons de la pyramide CSCOM-CSRéf et Hôpitaux et la communication entre les prestataires sont encore vécues comme un point faible pour de nombreux répondants.
187. Enfin, le système de référence/évacuation se focalise sur les situations d'urgence obstétricales, pour lesquelles des efforts importants sont consentis. Néanmoins, elles ne constituent pas les seules situations d'urgence médicale et de nombreux répondants affirment qu'un système de santé performant doit également les prendre en charge.

Conclusion sur les effets

L'analyse des données collectées par l'équipe d'évaluation permet de conclure que le PRODESS III, après 6 ans de mise en œuvre, a effectivement produit des effets positifs sur la santé des populations.

Le PRODESS III a amélioré l'accès au système de santé grâce à la construction et à l'équipement d'infrastructures sanitaires. De plus, la politique de santé communautaire a permis de rapprocher la santé des populations tout en leur permettant d'accéder aux soins et médicaments essentiels.

C'est pourquoi, les populations sont majoritairement satisfaites non seulement de la qualité des prestations mais aussi de la prise en charge dont elles ont bénéficié de la part du personnel médical et citent, entre autres, la qualité de la prise en charge des femmes enceintes l'efficacité du traitement des maladies saisonnières (paludisme et autres), le meilleur suivi des enfants à travers les activités de vaccination et de nutrition, et la qualité des agents de santé qui les soignent.

Les effets positifs du PRODESS III restent toutefois à nuancer, puisque l'accessibilité des soins n'est pas encore effective sur l'ensemble du territoire, et les coûts des ordonnances, des évacuations ou même des déplacements vers le plus proche CSCOM restent élevés pour de nombreux citoyens. Des dysfonctionnements locaux, des défauts de paiements des quotes-parts, l'enclavement de certaines zones d'habitation, les lenteurs de traitement des dossiers d'AMO, et le manque de ressources matérielles ou humaines sur le terrain constituent encore des freins à la réalisation d'effets positifs plus notoires et durables.

En ce qui concerne l'étude de cas, les résultats auxquels elle est parvenue permettent d'arriver à la conclusion que le système de référence/évacuation prévu par le PRODESS III, a effectivement contribué à améliorer la santé maternelle et néonatale, grâce à une prise en charge rapide et efficace des complications obstétricales chez les femmes référées ou évacuées. Cependant, l'efficacité dudit système est sensiblement menacée par des difficultés tenant au non-paiement des quotes-parts par certains acteurs essentiels.

5. CONCLUSION DE L'ÉVALUATION :

La présente mission d'évaluation du volet Santé et Hygiène Publique du PRODESS III avait formulé six questions d'évaluation regroupées en trois sous-ensembles liés aux grands questionnements de performance des politiques publiques à savoir l'efficacité, la gouvernance et les effets.

EFFICACITE

Durant la période de mise en œuvre du PRODESS III, la majorité des indicateurs de mesure des objectifs stratégiques à atteindre n'ont pas été satisfaits. Ce qui implique alors que l'intervention n'est que d'une efficacité limitée. Aussi, la formulation très ambitieuse de certains objectifs stratégiques n'a pas favorisé l'atteinte des résultats. Mais, en dépit de cette performance mitigée du PRODESS III, des avancées réelles ont été enregistrées notamment dans la réduction de la mortalité néo-natale, maternelle et infantile, dans l'utilisation des moustiquaires imprégnées longue durée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes, dans l'amélioration du taux de couverture en latrines améliorées.

L'inefficacité de l'intervention s'explique essentiellement par un certain nombre de difficultés, dont le sous-financement chronique du système sanitaire qui constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre effective des activités programmées. Ainsi, les ressources prévues dans le budget d'État, de même que les ressources propres au niveau communautaire, ne sont pas toujours mobilisées dans les délais permettant une mise en œuvre opportune des activités planifiées. Une répartition inéquitable des ressources humaines entre le niveau central et les niveaux régional et local, les défauts de planification et de coordination des activités opérationnelles contribuent également à limiter l'efficacité du programme.

Les capacités techniques et opérationnelles des acteurs, bien qu'améliorées, restent également majoritairement insatisfaisantes au regard des besoins immenses des populations.

Dans l'optique de remédier à ces situations problématiques et de rehausser l'efficacité du PRODESS, la mission recommande au Ministère de la Santé:

- de renforcer la coordination du programme afin d'améliorer la mobilisation et la mise à disposition efficace des financements du volet Santé du PRODESS ;
- d'adopter une gestion stratégique des ressources humaines pour notamment garantir un équilibre entre les affectations au niveau central et aux niveaux régional et local;
- de prévoir un mécanisme d'accompagnement des hôpitaux en tenant compte du déficit généré par le plafonnement de tarification et les gratuités instituées.

GOUVERNANCE

La gestion participative du PRODESS a permis aux communautés à la base d'être responsabilisées dans la gestion de leur propre santé. Cette gestion communautaire de la santé a amélioré la gouvernance grâce à une plus implication des populations organisées en ASACO auxquelles incombent la création et le fonctionnement des CSCOM. Durant toute la période de l'évaluation, la gouvernance du PRODESS a permis une meilleure planification et un plus grand suivi des actions du PRODESS.

Cependant, des insuffisances identifiées dans le fonctionnement des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS que sont les CROCEP et les Conseils de gestion, menacent le succès de la gouvernance participative de l'intervention. Aussi, l'irrégularité dans la fonctionnalité des organes de gestion des ASACO, ainsi qu'un déficit de collaboration entre les ASACO et les autorités communales, constituent également des facteurs qui atténuent les vertus de la gouvernance participative du PRODESS

Pour une gouvernance participative plus optimale du PRODESS, la mission recommande :

- au Comité de suivi du PRODESS de mettre en place un mécanisme pérenne de financement des réunions des Conseils de gestion et des CROCEP ;
- à la FENASCOM, aux FERASCOM et aux FELASCOM de poursuivre les actions de dynamisation de la gouvernance des ASACO en vue de leur fonctionnement régulier ;
- aux ASACO et aux Communes d'améliorer leur relation de collaboration conformément à la Convention d'Assistance Mutuelle.

EFFETS OU IMPACTS SUR LA POPULATION

Durant la période de mise en œuvre de l'intervention, le PRODESS III a positivement impacté la santé des populations. Celles-ci bénéficient d'une santé de proximité à travers un accès plus facile aux centres de santé, notamment en termes de distance. Des infrastructures sanitaires ont été construites et équipées. Les professionnels de la santé ont été recrutés et formés. Toutes ces actions ont permis une meilleure prise en charge de beaucoup de maladies, une diminution de certaines épidémies et une amélioration globale de la santé de la femme et de l'enfant grâce notamment au système de référence/évacuation prévu par le PRODESS III. C'est en raison de tout ce qui précède que le plus grand nombre de bénéficiaires interrogés à l'issue du sondage effectué par la mission, s'est dit satisfait, tant de la qualité des prestations que de la prise en charge.

Toutefois, au regard d'une accessibilité des soins encore largement limitée par les coûts des prestations, des médicaments et des déplacements, et par l'éloignement d'une partie de la population des centres de santé, et de la persistance de certains motifs d'insatisfaction, la mission recommande :

- au Comité de suivi du PRODESS de veiller à la poursuite du renforcement du plateau technique pour mieux répondre aux besoins des prestataires et des populations ;
- au Comité de suivi du PRODESS de faire un plaidoyer en vue de la poursuite des efforts de renforcement de l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé;
- à la CANAM de revoir le processus de traitement des dossiers et de paiement à temps des factures d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- aux ASACO et aux CSRéf de renforcer les concertations locales afin de repenser les modalités d'un financement régulier et pérenne du système de la référence/évacuation;
- aux ASACO de sensibiliser davantage les communautés afin de cultiver une dynamique de recours précoce et systématique des femmes aux consultations prénatales;
- aux comités de gestion de la référence évacuation de s'inspirer des bonnes initiatives identifiées à Bafoulabé et en commune IV du District de Bamako afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et les parturientes référées ou évacuées.

Bamako, le 20 mai 2021

Le Vérificateur

ETUDE DE CAS : EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVALUATION DANS
LES DISTRICTS SANITAIRES DE BAFOULABE ET DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO

Plan

Introduction

- I- **Objectifs de l'étude**
- II- **Méthodologie**
 - A- Étendue de l'étude
 - B- Méthode et stratégie de collecte
- III- **Résultats de l'étude**
 - A- DISTRICT SANITAIRE DE BAFOULABE
 - 1- Organisation et fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Bafoulabé
 - 2- Fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Bafoulabé
 - 3- Mécanisme de financement
 - 4- Résultats
 - 5- Analyse et interprétation des résultats
 - B- DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO
 - 1- Organisation du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de la Commune IV du District de Bamako
 - 2- Fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de la Commune IV du District de Bamako
 - 3- Mécanisme de financement
 - 4- Résultats
 - 5- Analyse et interprétation des résultats
- IV- **Recommandations**

Introduction

La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néo-natale constitue une composante essentielle de la politique de santé au Mali. Cette prise en compte systématique de la santé maternelle et néo-natale dans les politiques successives de santé du Mali, fait suite à un constat d'ordre général qui touche à beaucoup de pays à travers le monde. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement¹⁷. A titre d'exemple, en 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités¹⁸, selon l'OMS. Et en Afrique, la situation est plus critique. Ainsi, toujours selon l'OMS, le risque de décès maternel sur la durée de la vie – c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement¹⁹.

Depuis plus d'une vingtaine d'années, dans l'optique de résorber les problèmes de santé de façon générale, le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une Politique sectorielle de santé et de population²⁰. Depuis lors, les autorités maliennes ont systématiquement accordé une place de choix à la santé maternelle et infantile dans les différents processus de planification sanitaire.

C'est dans cette dynamique que le Mali a instauré en 1993 un système de référence/évacuation dans le but d'une meilleure prise en charge des urgences obstétricales chez les femmes.

¹⁷ Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, consulté le 24 février 2021.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Idem.

²⁰ Cette politique a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé. Source : PRODESS 3, page 1.

La référence « concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse »²¹.

Quant à l'évacuation, elle « concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente »²².

Le système de référence/évacuation désigne donc le mécanisme par lequel une formation sanitaire périphérique oriente un cas qui dépasse sa compétence vers une structure mieux équipée. Il permet aux populations d'accéder aux soins qui ne sont pas susceptibles d'être administrés à la base et de prendre en charge certaines complications survenant dans des contextes d'urgences. Il repose sur différents niveaux de référence. Les CSCOM représentent, dans la pyramide sanitaire, le premier niveau de contact de la population avec les structures de santé. A partir des CSCOM, les femmes enceintes peuvent être référées ou évacuées aux 3 niveaux de référence que sont :

- le Centre de Santé de Référence (CSRéf), premier niveau de référence ;
- les hôpitaux régionaux, deuxième niveau de référence ;
- les hôpitaux nationaux, troisième niveau de référence.

En vue d'harmoniser les interventions, il a été élaboré en mai 2000 un « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali » qui décrit la logique d'intervention dudit système. Sur la base de ce document, chaque district sanitaire élabore un cadre conceptuel de référentiel/évacuation en tenant compte des spécificités qui prévalent dans chaque localité.

Malgré la mise en œuvre de ces différentes politiques de santé, le taux de mortalité maternelle reste toujours élevé au Mali. Ainsi, de l'ordre de 700 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1987²³, le nombre de décès est passé à 582 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 3 (2001) et à 368 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 5 (2013). La dernière enquête (EDS 6 publiée en 2018) fait état de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes, un taux en deçà de la cible à atteindre en 2018 qui avait été fixée à 230 décès pour 100 000 naissances vivantes.

²¹ Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (ASAGO), Conférence biennale de Dakar, 1998.

²² Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (ASAGO), Conférence biennale de Dakar, 1998.

²³ EDS 1.

Quant à la mortalité infantile, elle est passée de 156 pour 1 000 naissances en 1987 selon l'EDS 1 à 54 pour 1 000 en 2018 selon l'EDS 6.

C'est pourquoi, le PRODESS III a retenu comme résultat stratégique 2 le renforcement du « système de référence/évacuation avec prise en compte du transport entre les villages et le CSCOM » au niveau de l'objectif stratégique 1 relatif à la réduction de la « morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ».

I- Objectif de l'étude :

L'objectif de l'étude est d'évaluer le système de référence/évacuation au sein de deux (2) CSRéf, dont l'un en milieu rural et l'autre en milieu urbain. Pour répondre à la question d'évaluation qui consiste à savoir si le mécanisme de référence/évacuation prévu par le PRODESS a amélioré la santé maternelle et néo-natale, les données collectées ont permis de se prononcer sur :

- l'organisation du système de référence/évaluation ;
- le niveau de suffisance des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au fonctionnement du système de référence/évaluation ;
- les conditions de la référence/évacuation faisant ressortir notamment les distances parcourues ;
- le nombre de patientes admises concernées pour déterminer la fréquence du phénomène ;
- le nombre de patientes prises en charge avec succès au CSRéf suite à une référence/évacuation d'une part, et le nombre de patientes référées ou évacuées par la suite à l'hôpital, d'autre part pour évaluer l'efficacité du système ;
- l'âge, la profession, la provenance et le motif de la référence/évacuation, afin d'établir un profil sociodémographique des patientes référées/évacuées.

Les données collectées suivant la méthode ci-dessus exposée permettront dans un premier temps de conclure sur l'efficacité du système, et dans un second temps, de faire des recommandations afin de l'améliorer.

II- Méthodologie:

A- Étendue de l'étude : L'étude a porté sur le nombre total de référence/évacuation enregistré au CSRéf de Bafoulabé et au CSRéf de la Commune IV du District de Bamako sur une année, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Elle concerne toutes femmes enceintes et les parturientes référées ou évacuées de l'un des CSCOM des deux districts sanitaires.

Sont exclues du champ de l'étude :

- **tous les cas d'évacuation autres que de nature gynéco-obstétricale ;**
- **les femmes enceintes et les parturientes s'étant présentées d'elles-mêmes au CSRéf pour prise en charge.**

B- Méthode et stratégie de collecte

La méthodologie employée pour la collecte des données a fait la combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. En effet, les outils de collectes utilisés alternent des méthodes qualitatives à travers l'observation directe couplée aux entretiens individuels et les méthodes quantitatives essentiellement axées sur l'exploitation de sources documentaires.

Les données recueillies ont obéi au principe de la vérification de l'information par triangulation en confrontant les données statistiques issues de l'analyse quantitative à celles collectées auprès des prestataires et bénéficiaires grâce aux entretiens individuels. Pour finir, les observations directes effectuées par la Mission ont constitué une autre source de données dans le cadre de la présente étude de cas.

L'étude a porté sur un échantillon de femmes enceintes et de parturientes admises au CSRéf de Bafoulabé et de la Commune IV du District de Bamako à la suite d'une référence/évacuation durant la période de l'étude, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre 2017.

La mission a procédé au recensement de toutes les femmes évacuées ou référées aux CSRef de Bafoulabé et de la Commune IV du District de Bamako, pour une urgence obstétricale. Pour cela, la mission a exploité les registres de référence/évacuation disponibles dans les deux CSRéf pour la période de l'étude.

De plus, les questionnaires administrés aux prestataires et aux bénéficiaires des soins de santé comportaient des questions relatives au fonctionnement du système de référence/évacuation. Les données recueillies grâce à ces entretiens ont également été analysées dans le cadre de cette étude.

Ainsi, toutes ces données collectées ont été traitées de manière à relier au maximum les effets identifiés aux situations observées.

III- Résultats de l'étude

A- DISTRICT SANITAIRE DE BAFOULABE

1- Organisation du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Bafoulabé

L'organisation du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Bafoulabé résulte d'un cadre conceptuel élaboré en janvier 2016.

Le district sanitaire de Bafoulabé comporte 8 aires de santé pour 18 CSCOM fonctionnels. La référence/évacuation est pilotée par un comité dénommé « comité de gestion de la caisse de solidarité de la référence évacuation », composé de :

- un (1) président ;
- un (1) vice-président ;
- un (1) trésorier ;
- un (1) trésorier adjoint ;
- deux (2) commissaires aux comptes.

Ce Comité se réunit une fois par mois.

2- Fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Bafoulabé

Le système fonctionne sur la base d'une coordination entre 3 niveaux de prise en charge de la femme et du nouveau-né.

1^{er} niveau : Transport du village au CSCOM

L'organisation du transport de la femme et du nouveau-né en détresse vitale est assurée par les communautés avec utilisation des moyens dégagés par chaque village. A cet effet, il est institué dans chaque village une Caisse Villageoise de Solidarité (CVS). Le fonctionnement régulier, effectif et transparent des caisses villageoises permet d'assurer la pérennisation du système de transport du village au CSCOM.

2^{ème} niveau : Évacuation du CSCOM au CSRéf

L'évacuation de la femme et du nouveau-né en détresse vitale du CSCOM au CSRéf se fait uniquement par ambulance. A cet effet, l'ambulance du CSRéf va secourir les femmes uniquement au niveau des CSCOM. L'équipe de transport est composée d'un chauffeur, du personnel accompagnant (sage-femme ou infirmière obstétricienne) et au maximum de deux accompagnants valides munis de leur trousse (couverture et habits).

Après la prise en charge, une retro information est systématiquement envoyée à la structure qui a évacué. Cette retro information est élaborée à la suite des réunions techniques du staff.

3^{ème} niveau : Évacuation du CSRéf à l'EPH :

Lorsque le plateau technique du CSRéf ne permet pas une prise en charge adéquate de la femme enceinte et du nouveau-né, le CSRéf procède à leur évacuation vers l'EPH par ambulance.

L'équipe de transport est également composée d'un chauffeur, du personnel accompagnant (sage-femme ou infirmière obstétricienne) et au maximum de deux accompagnants valides munis de leur trousse (couverture et habits).

Le malade est évacué avec sa fiche d'évacuation correctement remplie, après information des services de l'EPH. La retro information de l'EPH vers le CSRéf se fera via la direction régionale de la santé.

3- Mécanisme de financement

Les obligations financières ainsi que les mécanismes de mobilisation ont été identifiés dans le cadre conceptuel élaboré en 2016. Le financement du système de référence/évacuation au CSRéf de Bafoulabé est assuré par les acteurs qui sont au nombre de trois.

Le Conseil de Cercle : La contribution du Conseil de Cercle, au titre de l'année 2017, devrait être de 387 352 FCFA, représentant 5% du montant total nécessaire au financement de la référence/évacuation qui est de 7 747 034 FCFA.

Le Conseil communal : Le Conseil communal devrait prendre en charge 40%, soit un montant de 3 335 599 FCFA, sur le montant total à mobiliser.

Les Associations de Santé Communautaire (ASACO) : Les ASACO du District sanitaire devraient financer les activités de la référence/évacuation à hauteur de 4 586 448 soit 55% du montant total à mobiliser.

Ces quotes-parts doivent être payées avant la fin du premier mois de chaque trimestre excepté le 1^{er} trimestre pour les collectivités.

Ce montant de ces quotes-parts a été fixé sur la base d'une projection des urgences obstétricales et des nouveaux-nés en détresse vitale par aire de santé tout en tenant compte de la population cible dans chaque aire de santé.

Le montant ainsi mobilisé est déposé sur un compte bancaire dédié à la référence/évacuation. Les besoins sont exprimés par le médecin-chef et les ressources sont décaissées par le président et le trésorier du Comité de gestion de la référence/évacuation.

Les dépenses éligibles portent sur :

- l'achat du carburant pour l'ambulance de la référence/évacuation ;
- le perdiem du chauffeur de l'ambulance à raison de 3 000 FCFA par mission;
- le perdiem de la sage-femme à raison de 3 000 FCFA par mission;
- l'entretien de l'ambulance.

En revanche, les dépenses liées aux patientes à l'intérieur du CSRéf ainsi que celles liées à la prise en charge du nouveau-né ne sont pas prises en charge par le système de référence/évacuation du CSRéf de Bafoulabé et restent à la charge des patientes elles-mêmes.

4- Résultats

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, 278 femmes ont été référées ou évacuées au CSRéf de Bafoulabé pour un motif obstétrical. Sur ces 278 femmes référées ou évacuées, 11,15% ont moins de 18 ans, 65,11% ont entre 18 et 30 ans, 22,30% ont entre 30 et 40 ans et seulement 1,44% ont plus de 40 ans.

Tableau I : Répartition des patientes par âge

Age	Nombre	Pourcentage (%)
Moins de 18 ans	31	11,15
Entre 18 et 30 ans	181	65,11
Entre 30 et 40 ans	62	22,30
Plus de 40 ans	4	1,44
Total	278	100

La même étude nous révèle que 45,32% de patientes prises en charge proviennent de CSCOM situés entre 51 et 100km du CSRéf de Bafoulabé, 10,07% de CSCOM situés à plus de 100 km. En revanche, 26,62 % proviennent de CSCOM situés à moins de 10 km du CSRéf de Bafoulabé.

Tableau II : Répartition par provenance et par distance parcourue

Distance parcourue	Nombre	Pourcentage (%)
CSCOM situé à moins de 10 km	74	26,62%
CSCOM situé entre 11 et 50 km	50	17,99%
CSCOM situé entre 51 et 100 km	126	45,32%
CSCOM situé à plus de 100 km	28	10,07%
Total	278	100

Par ailleurs, comme motif de l'urgence obstétricale, 12% des patientes référées/évacuées l'ont été pour le motif lié à « Grande multipare », 8% pour cause d'hémorragie et 6% pour travail dystocique prolongé. Le plus gros pourcentage est constitué par les autres motifs à hauteur de 67%.

Tableau III : Répartition par motif de référence/évacuation

Motifs	Nombre	Pourcentage (%)
Grande multipare	33	12
Hémorragie	23	8
Anémie	18	6
Travail dystocique prolongé	18	6
Autres motifs	186	67
Total	278	100

Sur le nombre total de femmes référées, 92% ont été prises en charge au CSRéf de Bafoulabé tandis que seulement 8% ont été référées ou évacuées à l'hôpital régional de Kayes

Tableau IV : Répartition par niveau de prise en charge

Niveau de prise en charge	Nombre	Pourcentage (%)
CSRéf de Bafoulabé	259	92
Hôpital régional de Kayes	21	8
Total	278	100

5- Analyse et interprétation des résultats

L'étude a établi qu'entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, le CSRéf de Bafoulabé, par le biais du système de référence/évacuation, a permis la prise en charge de 92% de femmes référées ou évacuées, contre 8% de femmes évacuées à l'hôpital régional de Kayes. Ce taux de 92% s'analyse comme un facteur d'efficacité du système car il démontre que le CSRéf prend en charge sur place et avec une certaine rapidité une très grande majorité de patientes en état d'urgence obstétricale. Ces patientes n'ont plus besoin de parcourir de distances supplémentaires pour être secourues. Le système a également permis de faire face à divers types de complications obstétricales. A cet effet, 12% de femmes ont été référées ou évacuées pour le motif de « Grande multipare »²⁴ et 8% pour hémorragie.

L'étude a également démontré que 45,62% de patientes prises en charge proviennent de CSCOM situés entre 51 et 100 km du CSRéf, le premier niveau de référence. En revanche, ce taux est de 26,62% pour celles provenant de CSCOM situés à moins de 10 km du CSRéf. En ce qui concerne les patientes provenant de CSCOM situés à plus de 100 km du CSRéf, elles représentent 10,07% du nombre total de femmes référées ou évacuées sur la période de l'étude. Une analyse de la carte sanitaire du District de Bafoulabé permet d'identifier 7 CSCOM situés à plus de 100 km du CSRéf : il s'agit des CSCOM de Marena à 110 km du CSRéf, de Fatafing à 120 Km, de Koundian à 140 Km, de Madinacouta à 156 Km, de Lahandy à 162 Km, de Kamagalamadji à 192 Km et de Tondidji à 210 Km. Avec 7 CSCOM sur 25 situés à plus de 100Km du CSRéf dont un à 210 km, la longue distance qui sépare ces CSCOM du CSRéf constitue évidemment une contrainte majeure à l'efficacité du système de référence/évacuation.

De surcroît, il ressort des entretiens menés par la mission que ces longues distances qui séparent les CSCOM du CSRéf, ne permettent pas systématiquement une prise en charge rapide et sécurisée des urgences obstétricales. En outre, les routes sont d'une fréquentation très difficile et elles sont impraticables en période d'hivernage. Le CSRéf de Bafoulabé ne dispose que de deux (2) ambulances. En raison de la fréquence des urgences et des longues distances, plusieurs patientes nécessitant une prise en charge immédiate peuvent avoir besoin simultanément d'une ambulance. Ce qui pose un vrai souci d'efficacité.

²⁴ Se dit d'une femme enceinte mais qui a déjà accouché au moins 5 fois avant la présente grossesse. Cet antécédent présente donc des risques obstétricaux.

Les moyens logistiques sont minimes. Les ambulances sont vieillissantes et l'accès aux CSCOM relevant du district est difficile » (Acteur de la Santé, Bafoulabé).

C'est pour remédier à ces longues distances qu'un projet, initié au CSRéf de Bafoulabé, a construit une maison d'attente pour accueillir les femmes présentant des complications obstétricales mais qui n'ont pas de logeur à Bafoulabé et qui doivent venir au Centre avant le début du travail. Ces femmes sont logées au sein du CSRéf jusqu'à l'accouchement et bénéficient quotidiennement d'une prise en charge alimentaire. Ces dépenses sont supportées par la caisse de la référence/évacuation grâce à une contribution supplémentaire de 20% de la quote-part habituelle. Cette maison d'attente est réellement vécue comme une bonne pratique, encore peu présente sur le territoire, mais permettant de faire de réels progrès en zone rurale, où les distances à parcourir sont immenses lorsqu'il y a une urgence.

Au regard de ce qui précède, il convient de conclure que le système de référence/évacuation du CSRéf de Bafoulabé est d'une efficacité mitigée. Elle permet une prise en charge effective des urgences obstétricales. En revanche, les longues distances, l'insuffisance de moyens logistiques et le mauvais état des routes limitent cette efficacité. A cela s'ajoute la faiblesse des ressources financières nécessaires au fonctionnement du système, en raison du non-paiement régulier des quotes-parts. Un acteur de la Santé de Bafoulabé a confié à la mission :

Plus que le taux de mobilisation, c'est la promptitude du paiement qui est plus importante. Au cours des cinq années d'exercice, la plupart des acteurs ont payé leurs quotes-parts très en retard. Beaucoup attendaient la fin de l'année ou la veille de réunions importantes pour s'exécuter. Cela a pénalisé certaines parturientes dont les parents étaient obligés de prendre en charge le transport. (Acteur de Santé, Bafoulabé).

De plus, l'insuffisance de personnel à la maternité du CSRéf constitue également une limite à l'efficacité du système de référence/évacuation. En effet, :

Il faudrait un personnel qualifié pour assurer des services de qualité. Par exemple au niveau de la maternité du CSRéf, il n'y a que deux sages-femmes et deux infirmières obstétriciennes » (Acteur de Santé, Bafoulabé).

B- DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

1- Organisation du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de la Commune IV du District de Bamako

Dans le District sanitaire de la Commune IV du District de Bamako, le système de référence/évacuation est organisé sur la base d'un cadre conceptuel élaboré en septembre 2016.

Le district sanitaire de la Commune IV comporte 10 aires de santé pour 10 CSCOM fonctionnels. La référence/évacuation est pilotée par un comité de gestion composé de :

- un (1) président ;
- un (1) vice-président ;
- un (1) trésorier ;
- un (1) trésorier adjoint ;
- deux (2) commissaires aux comptes.

2- Fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de la Commune IV du District de Bamako

Le système de référence/évacuation de la Commune IV fonctionne sur le postulat que la performance dudit système dépend des moyens de communication entre les différents niveaux de compétence du personnel et du niveau du plateau technique.

Toute grossesse à risque identifiée pendant la consultation prénatale au niveau des aires de santé des CSCOM sera référée et prise en charge par les médecins gynécologues du CSRéf. De même, toute femme présentant des signes de complication au cours du travail, au cours de l'accouchement ou pendant le post-partum immédiat sera évacuée et prise en charge par la sage-femme et les médecins gynécologues du CSRéf.

Afin de faciliter un accès direct et rapide des femmes référées ou évacuées à l'équipe aussi bien pendant les heures de service que pendant les heures de garde, une liaison téléphonique a été établie entre le CSRéf et tous les CSCOM aux fins de signaler les éventuels cas de référence/évacuation.

A la réception d'un appel téléphonique provenant d'un CSCOM, le CSRéf envoie l'ambulance chercher la femme à la maternité dudit CSCOM. La patiente est reçue par une équipe composée d'un médecin gynécologue, de deux généralistes à tendance obstétricale, d'une sage-femme, de deux internes et d'une infirmière. Une retro-information sur l'état de la patiente est faite à la structure concernée.

3- Mécanisme de financement

En 2017, le financement de la référence/évacuation a été assuré par le CSRéf, les ASACO et la Mairie sur la base d'une estimation du coût annuel nécessaire pour faire face aux urgences obstétricales dans les 10 aires de santé composant le CSRéf. Le paiement de ce montant annuel estimé à **161 010 130 FCFA** devrait être supporté ainsi qu'il suit :

- **L'Etat** : 56% soit **89 650 070 FCFA**. La contribution de l'État concerne le salaire du personnel, le coût des médicaments à offrir gratuitement aux patientes césarisées, le coût de l'eau et de l'électricité.
- **Le CSRéf** : 43% du montant, soit **69 846 014 FCFA**.
- **La Mairie** : 0,79% du montant **1 287 846 FCFA**.
- **Les 10 ASACO** : 0,1% du montant **226 200 FCFA**.

Le CSRéf, les ASACO et la Commune doivent payer à l'avance leur quote-part pour assurer la disponibilité de fonds dans la caisse de référence/évacuation. Cette caisse fait face aux dépenses ci-après :

- le carburant de l'ambulance ;
- l'entretien courant de l'ambulance ;
- les frais d'hospitalisation ;
- l'indemnité du chauffeur ;
- l'entretien des locaux et du matériel ;
- la réparation du véhicule ;
- le téléphone.

4- Résultats

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, 851 femmes ont été référées ou évacuées au CSRéf de la Commune IV. Sur ces 851 femmes référées ou évacuées, 15,98% ont moins de 18 ans, 65,57% ont entre 18 et 30 ans, 17,04% ont entre 30 et 40 ans et seulement 1,41% ont plus de 40 ans.

Tableau I : Répartition des patientes par âge

Age	Nombre	Pourcentage (%)
Moins de 18 ans	136	15,98
Entre 18 et 30 ans	558	65,57
Entre 30 et 40 ans	145	17,04
Plus de 40 ans	12	1,41
Total	851	100

La même étude nous révèle que 74,85% de patientes prises en charge au CSRéf de la Commune IV du District de Bamako proviennent de structures sanitaires publiques notamment des CSCOM alors que 25,15% proviennent des cabinets et cliniques privés de santé.

Tableau II : Répartition par nature de structures référentes

Nature de la structure référente/évacuatrice	Nombre	Pourcentage (%)
CSCOM	637	74,85
Cabinets et cliniques privés	214	25,15
Total	851	100

En ce qui concerne la nature de l'urgence obstétricale, l'hypertension artérielle constitue le motif pour lequel le plus grand nombre de femmes ont été référées ou évacuées soit 13%. La dilatation stationnaire vient en deuxième position avec 6,93%, suivie du manque d'effort expulsif avec 5,76%.

Tableau III : Répartition par motif de référence/évacuation

Motifs	Nombre	Pourcentage (%)
Présentation du siège	41	4,82
Manque d'effort expulsif	49	5,76
Dilatation stationnaire	59	6,93
HTA	116	13,63
Autres motifs	586	68,86
Total	851	100

Sur le nombre total de femmes référées, 85,66% ont été prises en charge au CSRéf de la Commune IV tandis que 14,34% ont été référées/évacuées notamment aux hôpitaux, notamment au CHU Gabriel TOURE, au Point G et à l'hôpital de Kati.

Tableau V : Répartition par niveau de prise en charge

Niveau de prise en charge	Nombre	Pourcentage (%)
CSRéf de la Commune IV	729	85,66
Hôpitaux (CHU-GT, Point G et Kati)	122	14,34
Total	851	100

Sur 601 femmes évacuées au CSRéf de la Commune IV, 439 ont accouché par voie basse soit 72,44%, tandis que 162, soit 26,73%, ont fait l'objet de césarienne. Sur le même nombre, 5 femmes sont décédées, soit 0,83%.

De plus, sur les 439 femmes ayant accouché par voie basse, 18 ont donné naissance à des mort-nés, soit 4,10%. Aussi, sur les 162 femmes ayant fait l'objet de césarienne, 12 ont donné naissance à des mort-nés, soit un taux de mortinatalité de 7,41%.

Tableau VI : Répartition par nature de prise en charge

Niveau de prise en charge	Nombre		Pourcentage (%)	
Accouchement par voie basse	439		72,44	
	Naissances vivantes	Mort-nés		
	421	18	95,90	4,10
Césarienne	162		26,73	
	Naissances vivantes	Mort-nés		
	150	12	92,59	7,41
Décès maternel	5		0,83	
Total			100	

5- Analyse et interprétation des résultats

L'étude a révélé que le CSRéf de la Commune IV, par le biais du système de référence/évacuation, a pris en charge 729 femmes, soit 85,66% contre 122 évacuées vers des hôpitaux, soit 14,34%. Ces chiffres montrent un taux assez élevé de prise en charge, donc une efficacité du système en termes de prise en charge sur place.

De plus, durant la même période, le CSRéf a réalisé un taux de 26,73% de césarienne contre 72,44% d'accouchement par voie basse. Ce taux de césarienne constitue un indicateur d'appréciation de l'efficacité du système de référence/évacuation, donc de la santé maternelle et néonatale, selon le PRODESS III.

Par ailleurs, en ce qui concerne le pronostic maternel, l'étude a enregistré 05 cas de décès maternels, soit 0,83% et 30 cas de naissances non vivantes, soit 5% sur un total de 601 femmes évacuées.

A l'issue des entretiens menés par la mission, il s'avère qu'il existe des difficultés de financement de la référence/évacuation dues au non-paiement à temps des quotes-parts par certains acteurs. Ces difficultés financières font que, contrairement au cadre conceptuel qui n'exige aucune obligation financière à l'égard des patientes référées ou évacuées, celles-ci sont, parfois obligées de payer elles-mêmes les frais occasionnés pour le transport notamment entre le CSRéf et l'hôpital, toute chose qui ne garantit pas une efficacité et une efficience du système.. A cet égard, ces problèmes de mobilisation financière sont ressentis non seulement par le CSRéf, mais aussi par les ASACO et la Mairie. Ils engendrent :

L'insuffisance du financement des plans de développement socio sanitaire et des plans opérationnels des districts sanitaires qui sont les seuls outils de développement des districts sanitaires » (Acteur de la Santé, Commune IV. (Acteur de la Santé, Commune IV).

Au regard de ce qui précède, il sied de conclure que si le système de référence/évacuation a permis une amélioration de la santé maternelle et néonatale à travers l'augmentation du nombre de césariennes effectuées, force est de reconnaître que le pronostic maternel reste mitigé en raison du nombre élevé de décès maternel (4) et de mort-nés (30) sur 601 accouchements.

Au demeurant, le non-paiement des quotes-parts constitue le principal goulot d'étranglement qui limite significativement l'efficacité du système de référence/évacuation dans le CSRéf de la Commune IV du District de Bamako. Or, cette contrainte vient s'ajouter à un constat général d'insuffisance de ressources des structures sanitaires, à commencer par le CSRéf.

Le CSRéf fonctionne sur recouvrement de coût alors que ce dernier est insuffisant pour son fonctionnement. Le budget d'Etat alloué aux collectivités pour leur fonctionnement est très insuffisant et connaît souvent des restrictions. Les tarifs des CSRéf sont à caractère social et du coup ne sauraient suffire pour son fonctionnement normal » (Acteur de la Santé, Commune IV).

IV- Recommandations

La mission recommande de :

- aux ASACO et au CSRéf de renforcer les concertations locales afin de repenser les modalités d'un financement régulier et pérenne du système de la référence/évacuation ;

- aux ASACO de sensibiliser davantage les communautés afin de cultiver une dynamique de recours précoce et systématique des femmes aux consultations prénatales;
- aux comités de gestion de la référence évacuation de s'inspirer des bonnes initiatives identifiées à Bafoulabalé et en commune IV du District de Bamako afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et les parturientes référées ou évacuées.