

REVUE DU SOUTIEN DU ROYAUME DES PAYS-BAS AU SYSTEME DE SANTE AU MALI

Rapport final

Mai 2021

www.hera.eu

Tel +32 3 844 59 30
hera@hera.eu

Laarstraat 43
B-2840 Reet
Belgium



TABLE DES MATIÈRES

Résumé Exécutif	6
1 Introduction	8
2 Le droit à la santé et a la DSSR au Mali – analyse situationnelle	9
2.1 Contexte	9
2.1.1 Contexte économique	9
2.1.2 Contexte politique et sécuritaire	9
2.2 Les ambitions du gouvernement malien pour la santé	10
2.3 Les problèmes principaux d'accès aux soins	13
2.4 Leçons tirées de la mise en œuvre de PRODESS III (2014-2018/19).....	14
2.4.1 Pertinence et cohérence de PRODESS III avec les objectifs de développement.....	14
2.4.2 Efficacité et efficacité du PRODESS III	15
2.4.3 Les réformes et leur appropriation.....	16
2.5 Points clefs	18
3 Financement de la santé au Mali.....	19
3.1 Qu'est-ce que le financement de la santé ?.....	19
3.2 Le role du financement de la santé au Mali pour atteindre la CMU	20
3.3 Augmenter l'espace fiscal pour la CMU	26
3.3.1 Augmentation de la mobilisation des revenus domestiques	27
3.3.2 Augmentation de la dette nationale.....	30
3.3.3 Augmentation de l'aide des PTF	31
3.3.4 Augmentation de l'efficacité des dépenses, ou augmenter 'Health for the money'	34
3.4 Soutenir la mutualisation des risques et des ressources	35
3.5 Soutenir l'achat strategique	36
3.5.1 Achat de soins – quelles options ?.....	36
3.5.2 Passer de l'achat passif a l'achat strategique.....	36
3.6 Points clefs	37
4 le FBR au Mali – expériences prealables et lecons pour l'avenir	39
4.1 Revue de la littérature	39
4.2 Le FBR au Mali – experiences precedentes.....	43
4.3 Le FBR en place aujourd'hui	44
4.4 Conclusions, points de reflexion et recommandations.....	47
5 Recommandations	51
5.1 Cohérence :.....	51
5.2 Offre de soins.....	51
5.3 Financement de la santé.....	52

5.4 Gratuité - 52 -	
5.5 Révisions du FBR.....	- 53 -
5.6 Investir dans la réforme de la GFP	- 54 -
5.7 Informations sanitaires	- 55 -
6 Conclusions	- 56 -
Annexe 1 : Liste des personnes clefs interviewees.....	- 57 -
Annexe 2 : Guides d'entretiens	- 58 -
Annexe 3 : Modélisation gratuité (voir document en pièce jointe)	- 62 -
Annexe 4 : Notes groupe de travail gratuité	- 63 -
Annexe 5 : Protocole d'évaluation (voir document en pièce jointe)	- 65 -
Bibliographie	- 66 -

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Indicateurs	12
Tableau 2 Score de réalisation des réformes PRODESS III	16
Tableau 3 Gratuités au Mali	22
Tableau 4 Coût PRODESS IV.....	27
Tableau 5 Les 10 principales causes d'inefficience du secteur de la santé.....	- 35 -
Tableau 6 Résumé des leçons et points à considérer	- 49 -
Tableau 7 Tableau récapitulatif des recommandations à entreprendre dans les court et moyens termes	- 55
-	

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Demande en matière de Planning Familial (PF)	14
Figure 2. Fonctions du financement de la santé.....	19
Figure 3. Financement de la santé et RAMU	21
Figure 4. Sources de financement de la santé	22
Figure 5. Répartition des finances publiques par niveau	25
Figure 6. Stratégies pour augmenter l'espace fiscal	27
Figure 7. Dépenses du gouvernement malien pour la santé en % PIB	28
Figure 8. Dépenses de santé du gouvernement en pourcentage des dépenses totales du gouvernement ..	28
Figure 9. Engagements budgétaires du secteur public par source (FCFA)	29
Figure 10. Engagements budgétaires du secteur public par domaine de programme de Santé (FCFA)	29
Figure 11. Croissance PIB	30
Figure 12. Impact du COVID-19 sur les indicateurs économiques clefs (en % du PIB)	31
Figure 13. Impact du COVID-19 sur la dette publique (en % du PIB)	31
Figure 14. Aide bilatérale au Mali par secteur.....	32
Figure 15. Projection de l'aide des PTF à la santé.....	- 33 -
Figure 16. Engagements budgétaires des bailleurs par domaine de programme de santé (FCFA)	- 33 -
Figure 17. Options fonction achat	- 36 -
Figure 18. Les différents types de FBR.....	- 40 -

ABRÉVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANEH	Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CCT	Conditional Cash Transfers (transferts monétaires conditionnels)
CEDEAO	Communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Médicale Universelle
CPS	Cellule de planification et des statistiques
CREDD	Cadre stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable
CROCEPS	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DFF	Direct Financing Facility
DHIS2	<i>District Health Information Software 2</i> (logiciel du système d'information sanitaire)
DNI	Dialogue National Inclusif
DPM	Direction pharmacie et médicaments
DRS	Direction Régionale de Santé
DSSR	Droit à la Santé Sexuelle et Reproductive
DTC	Directeur Techniques du Centre
ECC	Equipes cadre de Cercle
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPH	Etablissements Publics Hospitaliers
ESS	Entretien Semi Structuré
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FOSA	Formation Sanitaire
GFF	Global Financing Facility
GFP	Gestion Finances Publiques
IDH	Indice de développement humain
IMF	<i>International Monetary Fund</i> / Fonds Monétaire International
IO	Infirmière obstétricienne
MAP	Plan d'Action pour Mali
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MINUSMA	Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali

MPFEF	Ministère de la promotion des femmes, enfants et famille
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONASR	Office National de la Santé de la Reproduction
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PACSU	Projet Accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle au Mali
PDDSS	Plans décennaux de développement sanitaire et social
PER	Public Expenditure Review
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PREM	Plan de Réforme de la Gestion des Finances Publiques au Mali
PRFM	Pays à Revenus Faibles et Moyens
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RDC	République Démocratique du Congo
RPB	Royaume des Pays-Bas
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SMNI	Santé Maternelle Infantile et Néonatale
SRMNEA	Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, et de l'adolescent
SNISS	Système National d'Informations Sanitaires et Sociales
TTL	<i>Task Team Leader</i>
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USD	United States Dollar
UTM	Union Technique des Mutualités
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience/Syndrome d'immunodéficience acquise

RESUME EXECUTIF

Les ambitions en matière de santé du Mali sont soutenues depuis 2015 par le Royaume des Pays-Bas (RPB) à travers, entre autres, un appui au plan quinquennal Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) III (2014-2018/19), et maintenant PRODESS IV. Ce rapport se focalise sur la façon de soutenir davantage le gouvernement malien, malgré le retrait à l'appui direct budgétaire, et s'inscrit dans la lignée des évaluations de PRODESS III. Deux questions principales sont abordées : comment transformer en réalité l'ambition de Couverture Médicale Universelle (CMU), dont les systèmes de gratuité, et comment ancrer davantage le Financement Basé sur le Résultats (FBR) dans une logique de réforme du système de financement de la santé. La méthodologie utilisée pour répondre à ces deux questions inclut une revue documentaire (articles scientifiques et littérature grise) ainsi qu'une série d'entretiens semi-structurés (ESS) avec des intervenants clefs du système de santé et de son financement.

Contexte

Le contexte économique, social et politique ainsi que la situation du système de santé sont difficiles au Mali, malgré une volonté politique soutenue pour remédier aux problèmes principaux de pauvreté, d'instabilité sécuritaire et dernièrement de crise liée au COVID-19. Les barrières d'accès aux soins restent importantes, et devraient être systématiquement appréhendées. Les leçons tirées de PRODESS III restent aussi pertinentes. Ainsi, le RPB devrait s'aligner davantage au PRODESS IV, encourager les autres Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) à en faire de même et offrir une assistance technique aux Ministères chargés de PRODESS IV. Investir dans la qualité de l'offre de soins est primordial pour assurer le succès des interventions liées à la demande.

Financement de la santé

Le financement de la santé au Mali souffre de plusieurs maux : une insuffisance aigue de ressources, une mutualisation des risques et des ressources extrêmement limitée, et aucun achat stratégique en place, mis à part les efforts liés au FBR. Pourtant les ambitions du Mali par rapport à la Couverture Médicale Universelle (CMU) et à la gratuité des soins pour les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants, sont louables et prioritaires.

Les ressources additionnelles nécessaires pour financer la CMU, et les gratuités en particulier, pourrait être générées à travers : une augmentation des taxes progressives, y compris novatrices, une priorisation par le gouvernement du secteur de la santé et une augmentation de l'allocation budgétaire, et dans les courts et moyens terme, un soutien continu et accru des PTFs à la santé, au-delà des préoccupations sécuritaires immédiates. Une augmentation de l'efficacité technique est aussi possible, particulièrement pour l'achat des médicaments, mais exiger des économies considérables du MSHP par rapport à ces réformes serait peu réaliste.

FBR

Le FBR est une tentative d'améliorer l'achat stratégique. La revue de la littérature internationale a mis en exergue plusieurs limitations mais aussi atouts des FBRs dans les pays à revenu faibles et moyens : les résultats initiaux suggèrent un impact positif sur l'utilisation des services, une amélioration de la qualité des soins maternels et anténataux, une amélioration limitée sur la motivation du personnel, et des soucis de rentabilités financières, ainsi que de pérennité institutionnelle. Les pilotes précédents au Mali ont aussi relevé des soucis similaires. Les résultats préliminaires de nos ESS, ajoutés à ces conclusions au niveau international et national, nous ont permis d'identifier plusieurs avenues de réflexion pour améliorer davantage ce projet au Mali, au niveau structurel (tel qu'un ancrage renforcé au niveau national) et opérationnel (telle qu'une révision des lourdeurs administratives liées au projet).

Recommandations

- **Cohérence des politiques de santé** : Faciliter, en collaboration avec les trois Ministères clefs et les PTFs, une mise à jour de la liste des réformes du système au sein de PRODESS III et IV et soutenir leur mise en œuvre ; en collaboration avec les PTFs, identifier les mesures au sein de PRODESS IV que chacun pourrait soutenir, plutôt que de travailler à des projets propres ; tenter de relancer la coordination des PTFs entre eux à travers le groupe technique des PTFs existant ; et identifier qui des PTFs a un rôle crédible de coordination et la volonté de le faire ; faciliter une harmonisation des cibles dans les différents documents stratégiques (PRODESS, GFF, MAP) à travers par exemple le groupe de coordination PTFs et la plateforme pays de la GFF ; Offrir une assistance technique aux trois Ministères en charge de PRODESS IV pour sa gouvernance ; et offrir une assistance technique au gouvernement malien pour une revue du projet de décentralisation pour le secteur de la santé. Si toujours jugée pertinente, offrir un appui à sa bonne réalisation.
- **Renforcer l'offre de soins** : Investir dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, en particulier dans les zones rurales ; et offrir une assistance technique aux trois Ministères en charge de PRODESS IV au niveau des ressources humaines (production, rémunération et déploiement), de la régulation et d'engagement du secteur privé.
- **Financement de la santé** : Pousser pour une remise à jour de la stratégie de financement de la santé et offrir une assistance technique dans ce sens; soutenir la création d'une cellule au sein du MSHP pour son implémentation ; entreprendre une analyse de l'efficacité technique des dépenses, donnant la priorité aux ressources humaines et médicaments ; appeler d'autres PTFs à soutenir le volet mutualisation des ressources et des risques ; et développer un plan de plaidoyer pour faire valider la stratégie de financement par le parlement, en collaboration avec les PTFs et le MSHP.
- **Gratuité** : Investir dans l'élimination des barrières financières et non financières au niveau de la demande ; s'assurer que le taux réel d'indigence est capturé à travers des enquêtes de routine, et le recensement soutenu par le RPB ; intégrer le groupe de travail menant la réflexion nationale sur le système de financement de la santé et la gratuité des soins ; ouvrir un dialogue avec les trois Ministères en charge de PRODESS IV pour intégrer un addendum pour inclure les gratuités existantes ; et développer, au sein du groupe technique intégré par l'Ambassade, un *policy brief* sur la gratuité et comment en réaliser les objectifs.
- **Révisions du FBR** : Réfléchir à la simplification des démarches administratives en collaboration avec l'équipe de la Banque Mondiale (BM) dans le pays ; reconsidérer l'approche équité du projet ; travailler avec la BM et l'équipe en charge de l'évaluation économique du FBR à la révision du protocole d'évaluation et au rajout de deux groupes contrôles – un premier assurant une augmentation du salaire des personnels de santé équivalent au bonus reçu à travers le FBR, un second rajoutant à cette augmentation de salaire le même système de vérification mis en place pour le FBR ; intégrer le FBR dans une réflexion d'achat stratégique plus large, au sein de la stratégie de financement susmentionnée ; renforcer de façon systématique l'ancrage institutionnel du FBR au niveau national et, crucialement, local ; et enfin adapter le FBR au contexte national à travers un soutien de la demande.
- **Investir dans la réforme de la Gestion Finances Publiques (GFP) ;**
- **Soutenir les systèmes d'informations sanitaires.**

1 INTRODUCTION

La situation sanitaire, et plus largement développementale, au Mali, reste difficile, malgré une volonté politique soutenue pour remédier aux problèmes principaux de pauvreté, d'instabilité sécuritaire et dernièrement de crise liée au COVID-19.

Les ambitions en matière de santé du Mali sont soutenues depuis 2015 par le Royaume des Pays-Bas (RPB) à travers, entre autres, un appui au plan quinquennal Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) III (2014-2018/19), et maintenant PRODESS IV. Cet appui se traduisait essentiellement à travers l'appui direct au Gouvernement, des programmes avec les agences des Nations Unies, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales et nationales.

L'évaluation à mi-parcours de PRODESS III avait mis en évidence les lacunes majeures dans l'implémentation des réformes soutenues par le RPB, et le besoin de se focaliser à résoudre, à travers quelque modalité que ce soit, les problèmes de blocage des fonds, de fiabilité des données du Système National d'Informations Sanitaires et Sociales (SNISS) et de vérification des résultats obtenus. L'analyse suivante avait orienté le RPB vers le Financement Basé sur les Résultats (FBR) (hera, 2018). Aujourd'hui le RPB a remplacé l'appui direct au Gouvernement par un soutien au programme de FBR, visant à améliorer le Droit à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) des femmes.

Ce rapport se focalise sur la façon de soutenir davantage le gouvernement malien, malgré le retrait à l'appui direct budgétaire, et s'inscrit dans la lignée des évaluations de PRODESS III. Deux questions principales sont abordées : comment ancrer davantage le FBR dans une logique de réforme du système de financement de la santé, et comment transformer en réalité l'ambition de Couverture Médicale Universelle (CMU), dont des systèmes de gratuité. La méthodologie utilisée pour répondre à ces deux questions inclut une revue documentaire (articles scientifiques et littérature grise) ainsi qu'une série d'entretiens semi-structurés (ESS) avec des intervenants clefs du système de santé et du financement de la santé en particulier¹.

Le rapport est structuré comme suit : après un rappel des recommandations des évaluations et analyses précédentes de PRODESS III (Chapitre 2), et une analyse situationnelle du contexte et des ambitions du gouvernement malien en termes de santé et de DSSR (Chapitre 3), nous nous penchons sur le rôle du financement de la santé à soutenir les ambitions du gouvernement vers la Couverture Médicale Universelle (Chapitre 3). Nous analysons par la suite l'expérience malienne avec le FBR et proposons des réflexions pour mieux aligner le FBR avec une réforme du financement de la santé (Chapitre 4) ; enfin nous proposons une série de recommandations (Chapitre 5).

¹ La liste des personnes clefs ainsi que le guide d'entretien utilisé sont disponibles en Annexes 1 et 2.

2 LE DROIT A LA SANTE ET A LA DSSR AU MALI – ANALYSE SITUATIONELLE

2.1 CONTEXTE

2.1.1 CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Mali est un pays d'environ 17 millions d'habitants pour un très vaste territoire (1,24 millions de km²) dont 65% se situent en région désertique ou semi-désertique. L'économie du Mali est essentiellement agropastorale et piscicole, caractérisée par sa vulnérabilité aux aléas climatiques

Avant l'apparition de la crise du COVID-19, le cadre macro-économique était marqué par une relative bonne tenue des indicateurs. En 2018, la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel est ressortie à 4,7% contre 5,4% en 2017, 5,8% en 2016 et 6% en 2015. En moyenne, le taux de croissance du PIB est ressorti à 5,4% sur la période 2015-2018 (MSHP, 2019).

L'Indice de développement humain (IDH) connaît une croissance faible, passant de 0,40 à 0,43 entre 2010 et 2017 (MSHP, 2019). Selon les projections des Nations Unies, il évoluera très peu pour atteindre 0,44 en 2020. Ajusté aux inégalités, l'indice est seulement de 0,27 en 2017, faisant du Mali un pays où le développement humain est faible et les inégalités fortes (MSHP, 2019).

Selon le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), les perspectives macroéconomiques pour les années à venir devraient être influencées par les effets de la crise du COVID-19 s'ajoutant à ceux de la situation sécuritaire toujours instable. Ainsi, le taux de croissance réelle du PIB devrait s'établir à 4,0% en 2021, après une contraction, plus sévère qu'initialement projetée, de -2,0% en 2020. L'inflation devrait demeurer en dessous de la norme communautaire de 3% pour s'afficher à 1,5% en 2021, dans l'hypothèse notamment d'une bonne campagne agricole, d'une évolution toujours favorable des cours du pétrole, des métaux précieux, notamment l'or, et du coton.²

2.1.2 CONTEXTE POLITIQUE ET SECURITAIRE

Depuis quelques années, la situation politique et sécuritaire est devenue instable au Mali :

- Coup d'État militaire intervenu le 22 mars 2012 qui a déclenché une crise institutionnelle, politique et sécuritaire ;
- Occupation des régions septentrionales du pays par des groupes rebelles entraînant un déploiement important des forces armées avec l'appui d'abord des forces françaises puis de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA).
- Retour à une vie constitutionnelle normale avec l'organisation des élections présidentielles et législatives en 2013 amenant le président Ibrahim Boubacar Keita au pouvoir avec une majorité absolue à l'Assemblée nationale.
- Négociations engagées à Alger ayant abouti à la signature avec deux groupes rebelles du nord du pays d'un accord pour la paix et la réconciliation (avec la Plateforme 15 mai 2015 et avec la Coordination des mouvements de l'Azawad le 20 juin 2015). Cet accord prévoit une décentralisation importante du pays et la création d'une zone de développement pour les régions du Nord.
- Election présidentielle (29 juillet et 12 août 2018) et réélection du Président Ibrahim Boubacar Keita

² Loi de finances 2021 (LF_2021_VF_04-01-2021) page 4

- Le mandat des députés est prorogé à cause entre autres des défis sécuritaires rencontrés pour organiser des élections sur toute l'étendue du territoire.
- Un dialogue national inclusif (DNI) est organisé du 14 au 22 décembre 2019. Ce DNI recommande, entre autres, l'organisation d'élections législatives malgré la situation sécuritaire.
- Les 29 mars et 19 avril 2020 se tiennent les élections législatives. Au cours de la campagne électorale, le Chef de file de l'opposition politique malienne (Mr Soumaila Cissé) est enlevé le 25 mars 2020 par des groupes djihadistes. Il passera environ six (6) mois en captivité avant d'être libéré en octobre 2020.
- 18 août 2020 Coup d'Etat contre le gouvernement réélu du Président Ibrahim Boubacar Keita. Face à la pression de la communauté internationale, avec au premier plan la Communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), un Gouvernement de transition est mis en place pour une durée de 18 mois (octobre 2020-avril 2022).

De façon générale, la situation sécuritaire reste fragile. Des groupes djihadistes poursuivent leurs attaques contre les casques bleus et l'armée malienne. Jadis cantonnés dans le Nord, les groupes criminels ont étendu leurs actions au centre du pays mais également dans le Sud à proximité de la frontière avec la Côte d'Ivoire. Cette persistance de l'insécurité entrave la reprise économique et la lutte pour la réduction de la pauvreté.

Plus globalement, la crise de ces dernières années a été préjudiciable à la conduite des processus de réforme, notamment ceux portant sur la modernisation de la gestion des finances publiques (GFP), la réforme de l'Etat ou la décentralisation. Elle a en effet affecté directement la mobilisation des financements extérieurs avec une suspension des principaux programmes d'aide en 2012 et conduit à détourner en partie l'attention des partenaires sur les priorités sécuritaires (MEF, 2017).

2.2 LES AMBITIONS DU GOUVERNEMENT MALIEN POUR LA SANTE

Ces crises institutionnelles et sécuritaires mettent en jeu les ambitions du gouvernement, entre autres en termes de santé. Pourtant, le gouvernement a produit une série de documents détaillant ses ambitions pour la santé de sa population.

La Loi d'orientation sur la santé n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé, à savoir 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.

Cette loi est opérationnalisée à travers des plans décennaux de développement sanitaire et social (PDDSS) eux-mêmes déclinés en programmes quinquennaux de développement sanitaire et social (PRODESS). Le PDDSS en cours couvre la période 2014-2023. Son objectif ultime est de réaliser l'accès universel aux soins de santé. Son deuxième programme quinquennal (qui s'étend de 2019 à 2023) comprend 11 objectifs stratégiques parmi lesquels l'objectif stratégique 09 qui fixe les ambitions du pays en matière de mobilisation et d'utilisation des ressources financières pour la santé ainsi qu'une meilleure accessibilité aux services de santé à l'horizon 2023 à travers les cibles suivantes (MSHP, 2019).

- Part du Budget de la Santé dans le budget national de 5,34% (2018) à 15% en 2023 ;
- Pourcentage des ressources transférées aux collectivités territoriales de 8,35 % (2018) à 25% en 2023 ;
- Taux de couverture de la population par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de 43,32 % (2018) à 64,6% en 2023 ;
- Taux de couverture par les mutuelles de santé de 6,25 % (2018) à 19% en 2023 ;

- Pourcentage de la population couverte par les institutions de sécurité sociale de 17 % (2018) à 20,35% en 2023.

En plus du PRODESS IV, d'autres documents stratégiques définissent les ambitions du pays en matière de santé parmi lesquels le Dossier d'Investissement du *Global Financing Facility* (GFF) validé en même temps que le PRODESS IV le 4 mars 2021. En s'inscrivant en tant qu'instrument d'opérationnalisation de la composante santé de la reproduction et la nutrition du PRODESS IV, il a pour objectif général d'accélérer les efforts déployés pour la réduction des décès évitables des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents, et d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des enfants et des adolescents. Il définit 7 cibles qui sont (GFF, 2020) :

- Un taux de mortalité maternelle réduit de 325 à 146 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2023 ;
- Un taux de mortalité néonatale réduit de 33 à 16 pour 1 000 naissances vivantes, d'ici 2023 ;
- Un taux de mortalité infanto-juvénile réduit de 101 à au moins 95-pour 1000 naissances vivantes ;
- La malnutrition réduite chez les enfants de 0 à 5 ans, ceux d'âge scolaire (6 à 14 ans) et les femmes en âge de procréer ;
- L'indice de fécondité réduit par l'augmentation de la prévalence contraceptive de 16 % à 20% ;
- La proportion de femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles réduite de 10,8% en 2018 à 2% en 2023 ;
- Le pourcentage d'enfant disposant d'un acte de naissance accru à 20%.

Un autre document non moins important est le Plan d'action pour le Mali (MAP). Le MAP est le cadre d'opérationnalisation du plan d'action mondial (Global Action Plan) en vue d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) dans le secteur de la santé. Le MAP définit pour le Mali une vision en matière de santé jusqu'à l'horizon 2030. Dans cette vision :

- 100% de la population bénéficiera d'un accès gratuit à un ensemble de services essentiels dispensés à leur porte par les Agents de santé Communautaires (ASC),
- 100% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans bénéficieront d'un accès gratuit aux soins dans tous les centres de santé, et toutes les femmes en âge de procréer auront accès gratuitement à la planification familiale,
- 50% des services seront fournis Gratuitement au niveau des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) (Rep du Mali, 2020)

Par ailleurs, il ambitionne de restructurer « cinq grands piliers du secteur socio-sanitaire : le système de soins de santé primaires ; le système de soins de santé secondaires ; les services de diagnostic et de laboratoire ; le système d'approvisionnement et de distribution des pharmacies ; et la solidarité et la protection sociale ».

Les objectifs du MAP sont fixés sur 2 horizons temporels. La première échéance est l'horizon 2023 qui correspond à la période de fin du PRODESS IV. La seconde est l'horizon 2030 correspondant à l'échéance des ODD. Dans leurs énoncés, le MAP et le dossier d'investissement de la GFF s'alignent sur le cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable (CREDD) et le PRODESS IV. Toutefois on note des différences notables entre certaines cibles importantes des trois programmes à l'horizon 2023 comme le montre le tableau 1 ci-dessous. Par ailleurs, si le MAP et le DI GFF parlent explicitement de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, il n'en est pas de même pour PRODESS IV sur lequel ils sont alignés.

Tableau 1 Indicateurs

Indicateurs	Cibles en 2023		
	PRODES IV	DI GFF	MAP
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes réduit de 325 à ...	240	146	299
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes réduit de 33 à ...	10	16	31
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes réduit de 101 à ...	95	95	Nd
Prévalence contraceptive augmentée de 16 % à ...	25	20	Nd

En somme, si les ambitions du Mali en matière de santé sont affichées dans des documents stratégiques tels le PRODESS IV, le Dossier d'Investissement GFF, le MAP etc., la cohérence entre les ambitions affichées au sein de chacun de ces documents fait défaut. De plus, leur réelle appropriation par le gouvernement pose toujours problème. En effet, il semble que le gouvernement perçoive parfois ces plans comme étant essentiellement poussés par les PTFs.

Coordination Etat et PTFs - entretiens

Aujourd'hui le gros problème c'est la crise de confiance entre l'Etat et les PTF. Il faut rassurer les PTF pour qu'ils réintègrent le système car depuis quelques années maintenant les PTF ne font plus d'annonce budgétaire lors des instances du PRODESS. On ne sait pas à l'avance qui va accompagner quel programme, dans quelles régions ou district etc. À tout moment un PTF peut se présenter et dire qu'il apporte un appui dans tel ou tel domaine. Cela fait que lors des bilans, on peut se retrouver avec beaucoup d'activités non planifiées qui sont réalisées alors que des activités planifiées donc prioritaires aux yeux des départements ne sont pas réalisées faute de financement. (Acteur/Actrice structure centrale MSHP)

Le gros problème c'est la cassure qu'il y a eu avec les événements de 2012. Le Mali avait pris un bon départ avec un engagement important des PTF dans l'appui budgétaire sectoriel. Avec les différentes crises la plupart des PTF se sont retirés de ce mécanisme. Donc l'enjeu majeur c'est le manque de ressources. Le défi à relever c'est donc maintenir la présence des PTF, accroître la part de l'Etat dans le financement de la santé (Acteur/Actrice PTF).

Si problème il y a, ce sont les troubles sociopolitiques que nous connaissons depuis 2012. Ces différentes crises ont créé un climat de méfiance vis-à-vis de l'Etat du fait qu'il n'y a pas de continuité dans les politiques gouvernementales (Acteur/Actrice structure centrale MSHP)

La décentralisation reste une autre difficulté dans la mesure où elle complique la capacité du gouvernement à prendre les commandes des réformes sanitaires. En effet, au Mali, la santé fait partie des domaines dans lesquels l'État central a transféré ses prérogatives aux collectivités territoriales. Les ressources financières sont transférées annuellement aux collectivités (communes et cercles) sous forme de subventions affectées pour assurer la mise en œuvre des compétences transférées. En 2018, le pourcentage des ressources transférées aux collectivités territoriales n'était que de 8,35 %. L'ambition du gouvernement est de le porter à 25% en 2023. (MSHP, 2019). Selon nos interlocuteurs, ces ressources seraient transférées de façon irrégulière et sur des bases non connues des ASACO. Selon un interlocuteur d'une ASACO « Nous

fonctionnons sur le recouvrement de coût. Ce que nous recevons en plus du recouvrement de coût c'est une subvention très aléatoire de la mairie. En 2018 nous avons obtenu cette subvention. En 2019 nous n'avons rien reçu ; en 2020, nous avons obtenu 673 679FCFA. Le recouvrement de coût nous permet difficilement de faire face aux charges fixes comme les salaires. »

Cet état des lieux a été confirmé lors de nos entretiens avec plusieurs PTFs : *La crise sécuritaire, l'instabilité à la tête des Ministères, les coups d'état ont engendré une instabilité au niveau des Ministères en charge du PRODESS. Particulièrement au niveau du Ministère de la Santé, on a eu 3 Ministres en 3 ans.*

2.3 LES PROBLEMES PRINCIPAUX D'ACCES AUX SOINS

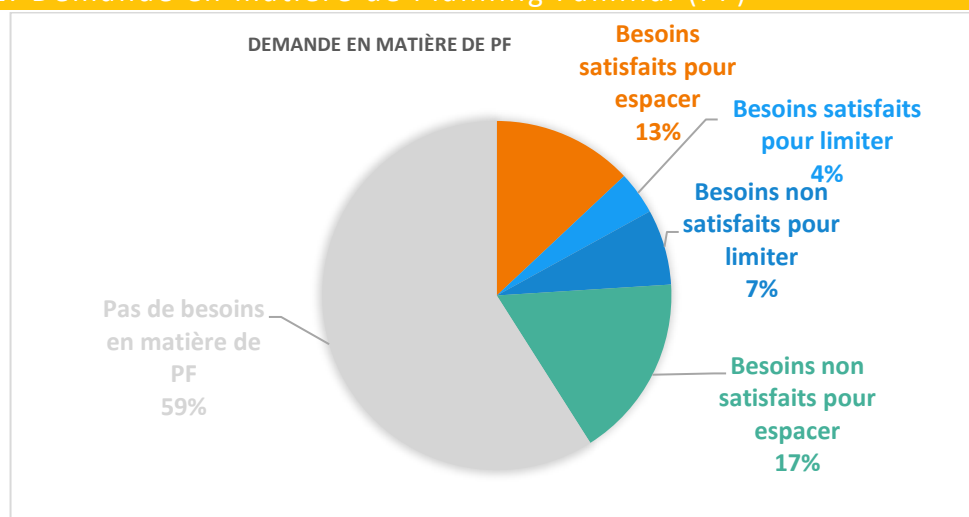
La capacité à accéder à des soins de qualité sans souffrir de conséquences néfastes au niveau financier est un aspect essentiel de la CMU. Cet accès aux soins au Mali est pourtant sévèrement limité par plusieurs facteurs, au niveau de l'offre et de la demande. En 2005 déjà, une étude (Audibert et de Roodenbeke, 2005), mettait en évidence le coût élevé des services, la qualité perçue des services, les mauvais comportements du personnel soignant, le bas niveau de revenu des usagers, la distance au centre de santé et les difficultés d'accès aux moyens de transport comme étant les principales barrières à l'utilisation des services de premier niveau.

En 2017, une autre étude identifiait le manque d'argent (34,4%), le manque de confiance dans les personnels du CSCOM (27,5%), le non gravité de la maladie (10,6%) et le manque de transport (1,9 %) comme étant les principaux déterminants de la faible utilisation du CSCOM de Lassa dans une commune de Bamako (Simaka & et al, 2017). Ces chiffres sont confirmés par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 dans lequel il ressort que plus de quatre femmes sur dix (47 %) ont déclaré au moins un des problèmes suivants comme obstacle important pour recevoir un traitement ou un avis médical. Il s'agit de: obtenir l'argent pour le traitement (41 %), la distance à l'établissement de santé (29 %), et obtenir la permission d'aller se faire soigner (27 %) (MSHP, 2018).

Quant à l'accès au planning familial plus spécifiquement, une autre étude réalisée à Mopti en 2017 sur les déterminants de l'accès et de l'utilisation des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié conclut que les barrières sont plutôt socioculturelles que dues aux difficultés d'accessibilité géographique et financière aux contraceptifs (Munos & Dicko, 2017). Parmi ces barrières socioculturelles, un bon nombre est lié aux comportements des prestataires de service de planification familiale: indiscrétion, attitude discourtoise, rapports d'âge usager/prestataire et non-qualification. En outre, la durée d'attente et les tabous autour de la sexualité, comme la honte éprouvée par des adolescentes face aux personnes âgées rencontrées dans les services de planification familiale, constituent également des obstacles non négligeables.

Toutes ces barrières influent sur la demande de service de soins, en particulier les soins de planning familial et de santé reproductive. La demande totale en planification familiale pour les femmes de 15-49 ans en couple s'élève à 41 % dont 30 % orientés vers l'espacement et 12 % vers la limitation des naissances (voir Fig. 1 ci-dessous) (MSHP, 2018).

Figure 1. Demande en matière de Planning Familial (PF)



Source : (MSHP, 2018)

Il y a aussi d'énormes différences entre Bamako et les zones rurales, encore plus prononcées entre le sud et le Nord. Selon EDS V 2018 (MSHP, 2018), la proportion de femmes ayant cité au moins un problème d'accès aux soins de santé augmente avec le nombre d'enfants vivants, de 37 % parmi les femmes n'ayant pas d'enfant à 56 % parmi celles ayant plus de 5 enfants ; 38 % en milieu urbain à 51 % en milieu rural ; selon les régions, Kidal 70 %, Tombouctou 68 % et Gao 56 % sont les régions où les femmes rencontrent le plus fréquemment des problèmes d'accès aux soins de santé. C'est à Bamako (40 %) que ce pourcentage est le plus faible. La proportion de femmes ayant cité au moins un problème d'accès aux soins de santé diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 54 % parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 30 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus.

2.4 LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE DE PRODESS III (2014-2018/19)

Cette étude s'inscrit dans la continuité des évaluations précédentes de PRODESS III. Ainsi il est opportun de rappeler les conclusions principales de ces évaluations.

2.4.1 PERTINENCE ET COHERENCE DE PRODESS III AVEC LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT

Le PRODESS III était la deuxième tranche quinquennale du PDDSS 2014-2023. Selon le rapport d'évaluation à mi-parcours, le PRODESS III répond aux besoins de la population. Il « agit comme force motrice dans la mise en œuvre des politiques et stratégies de décentralisation et de déconcentration ». Toujours selon ce même rapport, « le PRODESS III a un caractère fédérateur et stabilisateur des parties prenantes. Il bénéficie de l'engagement des plus hautes autorités du pays, des partenaires techniques et financiers (PTF), de la société civile ainsi que de l'action humanitaire ». En outre, les autres stratégies et programmes nationaux tels la santé maternelle et infantile, le plan d'action Planning Familial (PF), la santé communautaire, la politique d'extension de la couverture par des services de base, la politique hospitalière, la politique pharmaceutique, etc. sont alignés sur le PDDSS/PRODESS III (ECORYS, 2017).

Cependant, le programme a connu des faiblesses comme :

- l'insuffisance de prise en compte de la gestion des crises telles que celle de 2012 et la quasi absence de stratégie d'anticipation des nouveaux besoins engendrés notamment en matière de nutrition dans les régions soumises à l'insécurité.
- les difficultés dans la définition de certains indicateurs dans le domaine du Développement Social qui ont occasionné une faible compréhension de certains résultats (MSHP, 2019). A ce propos, le rapport

note que «les valeurs des indicateurs peuvent différer selon les différents annuaires statistiques, et même au sein d'un annuaire entre les résumés au début des annuaires et les tableaux dans le corps du texte» (ECORYS, 2017).

- l'insuffisance de prise en compte de la question des gratuités.

2.4.2 EFFICACITE ET EFFICIENCE DU PRODESS III

Le cadre de résultats du PRODESS III n'a pas fait l'objet d'évaluation formelle de fin de programme. Cependant, les missions de suivi organisées tout au long du programme notamment l'évaluation à mi-parcours réalisée en juillet 2017 par ECORYS et les 3 missions d'évaluation des réformes appuyées par les pays Bas réalisées par hera permettent de se faire une idée assez réaliste de l'efficacité et de l'efficacité du PRODESS III :

- Qualité des données- La mission d'évaluation de ECORYS note que les valeurs des indicateurs peuvent différer selon les différents documents et souvent au sein d'un même document. (ECORYS, 2017). Cette insuffisance dans la qualité des données est confirmée par les différentes missions réalisées par hera dans le cadre des évaluations semestrielles de la mise en œuvre des réformes appuyées par le RPB. En particulier la première mission réalisée par hera en janvier/février 2018 a décelé des insuffisances dans la définition, le mode de calcul et les sources de données de certains indicateurs (hera, 2018). En outre, elle a noté une incohérence entre les données des rapports individuels des structures bénéficiaires et le rapport compilé traduisant ainsi un déficit dans la transparence des données. (hera, 2019)
- Atteinte des résultats : l'évaluation à mi-parcours réalisée en 2017 par ECORYS affirmait que «des goulots d'étranglement majeurs affectent l'efficacité du PRODESS » et que bon nombre de cibles pourraient ne pas être atteintes.

L'évolution des indicateurs du Cadre Commun du PRODESS III, présentée dans le cadre de l'élaboration du PRODESS IV entérine les constats de l'évaluation à mi-parcours et indique « qu'il n'y a pas eu une amélioration substantielle du système de santé qui permettrait d'adresser les problèmes de santé » (MSHP, 2019). Les cibles susceptibles de n'avoir pas été atteintes se retrouvent dans les différents domaines du programme comme suit:

- Dans le domaine de la Santé Maternelle Infantile et Néonatale (SMNI) : la troisième visite de consultations prénatales (CPN3); la vaccination Penta-3 et VAR; la prévalence contraceptive; la mortalité néonatale, la mortalité infantile (qui a augmenté) ; la mortalité infanto-juvénile (qui est restée stationnaire); et la mortalité maternelle ;
- Dans le domaine de l'accessibilité aux services de qualité (géographique, financière, sociale...): la couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km; les ratios prestataires qualifiés /population (médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants médicaux); le pourcentage d'ASACO présidées par des femmes; le coût moyen de l'ordonnance au niveau des CSCOM;
- Dans le domaine du financement de la santé : la part du budget du secteur socio-sanitaire dans le budget national; le taux de couverture des populations en mutuelles de santé, AMO et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED);
- Dans le domaine de la nutrition : l'insuffisance pondérale (qui n'a que marginalement diminuée) ;
- Dans le domaine du VIH/SIDA : la prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15-49 ans (qui aurait augmenté selon les données de l'ONUSIDA).

L'analyse des différents piliers du programme avait mis en évidence des faiblesses importantes notamment dans la gouvernance du programme, le système d'information et dans la durabilité économique.

- La gouvernance du PRODESS III était caractérisée par un manque de stratégie ou de vision claire du gouvernement par rapport à la gestion de l'aide et de l'assistance technique, l'insuffisance et l'iniquité dans la distribution inter et intra régionale des ressources humaines pour la santé (RHS). Au niveau de la formation des ressources humaines on note un manque de régulation des écoles privées ce qui affecte la qualité des cadres (ECORYS, 2017). Ce constat a été confirmé par cette évaluation par un acteur lors de nos ESS en ces termes : il faut « *s'intéresser à la formation initiale du personnel de santé notamment en instaurant plus de rigueur dans les écoles de formation privées. Par exemple on pourrait mettre en place une structure indépendante qui organiserait les examens nationaux pour les écoles de santé. Il faut savoir que ce sont les recalés des écoles de santé ... qui vont grossir le rang des prestataires informels en santé...* ».
- Le système d'information sanitaire était peu performant. Malgré le développement du secteur privé à but lucratif, il n'était pratiquement pas inclus dans le Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS). Par ailleurs, le système d'information du Ministère de la promotion des femmes, enfants et famille (MPFEF) restait à développer.
- En termes de durabilité institutionnelle et économique, selon le rapport d'évaluation à mi-parcours, l'organisation et les structures du PRODESS des trois Ministères étaient bien établies. De même, la décentralisation et déconcentration se mettaient progressivement en place favorisent la durabilité institutionnelle du PRODESS. En revanche, « *la fonctionnalité des structures, le manque d'appropriation surtout au niveau opérationnel, et le manque de confiance parmi les PTF compromettaient déjà la durabilité institutionnelle. La durabilité financière n'était également pas garantie vu les faibles capacités financières de l'Etat, la crise de confiance dans le leadership santé qui s'installe parmi les PTF, et les risques d'une réduction globale de l'aide de certains bailleurs majeurs. Toutefois les efforts envers la Couverture Maladie Universelle étaient considérés cependant comme un pas dans la direction d'une plus grande durabilité financière* (ECORYS, 2017). »

2.4.3 LES REFORMES ET LEUR APPROPRIATION

La Cellule de planification et des statistiques (CPS) qui assure le secrétariat permanent du PRODESS a identifié 19 réformes qui ont été validées par le Comité de suivi du PRODESS (ECORYS, 2017). Selon l'évaluation à mi-parcours, « *plusieurs de ces réformes font partie des projets ou programmes d'appui des PTF. Ainsi, l'USAID appuyait la politique pharmaceutique, le Canada et l'UNICEF la santé communautaire, les Pays-Bas la carte sanitaire, sociale et promotion de la famille, le schéma directeur du système d'informations sanitaire et sociale, et le renforcement de la gouvernance, de la redevabilité et du leadership sectoriel* ».

Le plan de mise en œuvre des réformes soutenues par le RPB (au nombre de sept) a fait l'objet d'une convention entre le MSHP et l'Ambassade du RPB. Selon le rapport de la dernière mission semestrielle d'évaluation de la mise en œuvre de ces réformes de her, le score global de réalisation des réformes est estimé à 53% (hera, 2019) comme le montre le tableau suivant.

Tableau 2 Score de réalisation des réformes PRODESS III

No de la reforme	Libelle de de la reforme	Score décembre 2017	Score juin 2018	Score décembre 2018 validé	Responsable
3	Ressource Humaines	1/1	1/2	3/6	DRH
6	Schéma directeur SNISS	2/6	4/8	4/10	CPS/ SSDSPF

10	Création ANRP	0/1	1/2	0/3	DPM
13	Insertion femmes et enfants	2/3	1/3	6/6	DNPEF
14	Accidents de travail ; Retraite complémentaire			1/1	CMSS
17	VBG	0/1	3/5	3/4	DNPF
19	Protection sociale secteur agricole et informe	1/1		0/2	DNPSES
	Total	4/13 (30%)	10/20 (50%)	17/32 (53%)	

Source : hera / février 2019 page 28

Selon ce même rapport « La plupart des indicateurs reste stationnaire à cause du manque de financement mis à la disposition des structures bénéficiaires ». En outre l'appui a connu des retards du fait que les conditions pour le décaissement de la première tranche de financement n'étaient pas réunies à temps. Selon un informateur, « ... il y a eu des insuffisances de la part du département dans la mise en œuvre des réformes. Je pense qu'il faut analyser objectivement pour savoir pourquoi telle ou telle réforme n'a pas pu aboutir... » Un autre déclare « Nous avons eu des difficultés dans l'atteinte des résultats qui étaient escomptés du financement des Pays Bas. Par exemple des taux de décaissement ont été très bas à cause souvent des procédures et circuit des mécanismes de décaissement non adaptés. Par ailleurs certains « indicateurs déclencheurs » n'étaient pas réalistes comme par exemple, on a misé sur un décaissement de 800 millions par semestre. On n'a jamais pu atteindre 50% de ce montant ».

Le rapport d'évaluation à mi-parcours, relève que « la majorité de ces chantiers de réformes ne sont pas connus tels quels par les parties prenantes, ni même probablement par les décideurs ». La mission d'évaluation a identifié d'autres réformes qui ne sont pas incluses dans la liste, à savoir la transformation de l'Agence National de l'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) en Agence d'Accréditation des Hôpitaux, le renforcement de l'inspection de la santé et de la régulation, le partenariat public privé et l'inclusion du secteur privé dans le système de la santé, la révision des statuts de la Direction pharmacie et médicaments (DPM) pour devenir l'Autorité de Régulation Nationale, la transformation des CSREF en hôpitaux et la formation parallèle d'Equipes cadres de cercle (ECC) pour une meilleure supervision des CSCOM (ECORYS, 2017).

Au total, les constats sur la mise en œuvre de PRODESS III ont amené l'équipe d'évaluation à faire 3 recommandations suivantes :

- **A l'endroit du Segal MSHP:** Renforcer l'intégration et la gestion du système socio-sanitaire en réaffirmant au plus haut niveau l'approche sectorielle du PRODESS, renforçant la gestion et la mise en œuvre du cycle de programmation du PRODESS III, communiquant sur le PRODESS, et en développant le partenariat avec le secteur privé et les ONG;
- **A l'endroit du Direction des Ressources Humaines:** Assurer la disponibilité de RHS motivées et qualifiées basé sur les évidences factuelles concernant les besoins et l'équité. Collaborer avec le Ministère de l'éducation supérieure pour créer un inspectorat des formations, et prioriser les formations initiales de spécialistes. Assurer le dialogue sur les leçons apprises du projet de pilotage du système de paiement basé sur les performances pour motiver les RHS à offrir des soins de qualité abordables;
- **A l'endroit de la Direction Nationale de la Santé:** Renforcer la prestation des services. Améliorer la transparence de la gestion des CSCOM, résoudre les problèmes de gratuité dans le Nord, en tenant compte des problèmes spécifiques de la population. Renforcer davantage la planification familiale.

Etablir des Equipes cadre de Cercle (ECC) en soutien aux CSCOM. Réformer l'ANEH en Agence d'Accréditation des Hôpitaux.

2.5 POINTS CLEFS

Cette analyse initiale de la situation au niveau du système de santé nous permet de mettre en exergue les besoins les plus urgents au niveau de la réalisation des plans de santé du gouvernement, et les angles potentiels de soutien du RPB :

- S'aligner sur les objectifs de PRODESS IV et encourager les PTFs à en faire de même, plutôt que de travailler à de projets propres ;
- Investir dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins (par exemple les problèmes d'intimité lors des consultations), en particulier dans les zones rurales;
- Faire une analyse sur les barrières financières et non financières de la population cible (femmes et enfants en particulier), et pousser à leur élimination à travers des stratégies telles que subventionnement des frais de transport, campagne de communication appropriée aux différents contextes culturels sur les mérites du planning familial, par exemple ;
- Offrir une assistance technique aux trois Ministères en charge de PRODESS IV à plusieurs niveaux :
 - Réflexion sur la résilience du système aux chocs (résilience financière et offre de soins) ;
 - Continuer à investir dans les systèmes d'informations sanitaires qui restent très peu performants – ce soutien pourrait aussi être coordonné avec les efforts en cours de la GFF (pour les indicateurs liés au dossier d'investissement) ou/ et avec les efforts de la BM au sein du Projet Accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle au Mali (PACSU) (composante 3)³.
 - Intégrer une approche au sein de PRODESS IV pour implémenter les gratuités existantes ;
 - Gouvernance du PRODESS IV (vision, responsabilités);
 - Travailler avec la DRH sur un plan de ressources humaines (production, rémunération et déploiement) ;
 - Développer une stratégie de régulation et d'engagement du secteur privé;
 - Soutenir le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dans leur réforme des systèmes de GFP visant à débloquer les problèmes de décaissement ;

³ PACSU est partagé en trois sections : renforcement de la prestation des services de santé grâce au PBF (soutenu par le RPB), renforcement des activités de santé communautaire, et renforcement de l'intendance pour une meilleure performance du système de santé, qui inclue un renforcement du système d'information sanitaire.

3 FINANCEMENT DE LA SANTE AU MALI

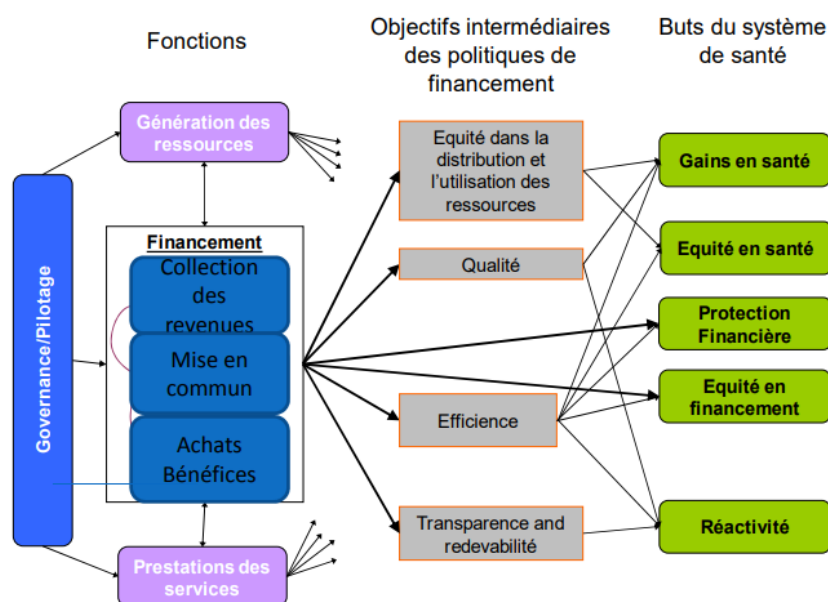
3.1 QU'EST-CE QUE LE FINANCEMENT DE LA SANTE ?

Le financement de la santé traite de trois problématiques distinctes mais liées :

- **La collecte des ressources** : Ces ressources peuvent être privées (c'est-à-dire gérées par les individus comme les paiements à l'acte, mutuelles (si gérées par des institutions privées, à but lucratif ou non) ou assurances privées) ou publiques (gérées par le gouvernement, comme l'assurance médicale, les taxes, et parfois les contributions aux mutuelles si elles sont gérées par l'état comme au Rwanda ou en Ethiopie) ;
- **La mutualisation ou mise en commun de ces ressources et des risques** associés au sein d'un 'pool' soit au niveau communal comme dans les mutuelles, ou à un niveau plus élevé, par exemple national pour l'assurance maladie universelle ;
- **L'achat des biens et des services** par le MSHP ou entité semi-indépendante des services auprès des fournisseurs (centres de santé, hôpitaux etc.).

Ces trois fonctions contribuent aux objectifs intermédiaires du système de santé que sont l'équité, la qualité des soins, l'efficacité et la redevabilité des dépenses (voir Fig. 2 ci-dessous).

Figure 2. Fonctions du financement de la santé



Source : (Kutzin, Cashin, & Jakab, 2010)

L'ambition d'atteindre la CMU implique une certaine approche quant au financement de la santé (OMS, 2010):

- **Les sources privées doivent être réduites au minimum**, et la collecte de revenus doit essentiellement être basée sur des fonds publics ; ceci permet une amélioration de la protection financière des ménages.
- **Réduire la fragmentation de la mise en commun des ressources**, afin d'améliorer la capacité de redistribution de ces fonds prépayés. La mutualisation doit être réalisée au plus haut niveau national possible, afin d'augmenter le subventionnement entre riches et pauvres, et personnes saines et malades ; toute contribution à une assurance (mutuelle ou nationale) doit être idéalement gérée par

l'état ou une institution parastatale, et être obligatoire. Aucun pays n'a jamais réussi la gageure d'atteindre une CMU avec des fonds privés, ni avec une contribution volontaire aux mutuelles par exemple (OMS, 2010);

- **S'éloigner de l'achat passif pour aller vers un achat stratégique** – 'Une approche passive de l'achat se caractérise par le fait que les prestataires reçoivent automatiquement des fonds (allocations budgétaires) ou des paiements, quelle que soit leur performance, à cause de l'absence de suivi des performances. La transition vers un achat plus stratégique implique de lier – au moins partiellement – le transfert de fonds aux prestataires à des informations concernant leurs performances ou concernant les besoins sanitaires des populations auprès desquels ils interviennent' (Mathauer, Dale, & Meessen, 2017). L'achat stratégique vise à promouvoir la qualité des services, à gérer l'augmentation des dépenses, promouvoir la redevabilité des prestataires et de l'acheteur aux populations, et améliorer la distribution équitable des ressources (OMS, 2010).

3.2 LE ROLE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU MALI POUR ATTEINDRE LA CMU

Le gouvernement malien dépensait en 2018 USD25 par personne⁴, contre les USD86 minimum nécessaires à la réalisation de la CMU⁵ (McIntyre & Meheus, 2017). Il y a donc un important déficit de ressources publiques allant à la santé.

Le Mali a développé une stratégie de financement de la santé (MSHP, 2017), non validée par le Parlement et semble-t-il peu mentionnée dans le pays⁶. Cette stratégie prévoit une augmentation des dotations publiques au domaine de la santé (290 Milliards de FCFA en 2023, soit USD525 Millions), et la mise en place d'un organisme de gestion du risque unique (Assurance Médicale Universelle - AMU) pour l'ensemble des mécanismes de couverture universelle (Assurance Maladie Obligatoire (AMO), mutuelles, RAMED, gratuités) (Deville, Hane, Ridde, & Toure, 2018).

Selon cette stratégie, les défis principaux à surmonter pour atteindre la CMU incluent : un besoin important de financement public (jusqu'à 14% du budget public) ; l'augmentation de la couverture assurancielle au secteur informel et la mise en place de l'AMU ; une meilleure utilisation des ressources ; et une amélioration de la Gestion des Finances Publiques (GFP).

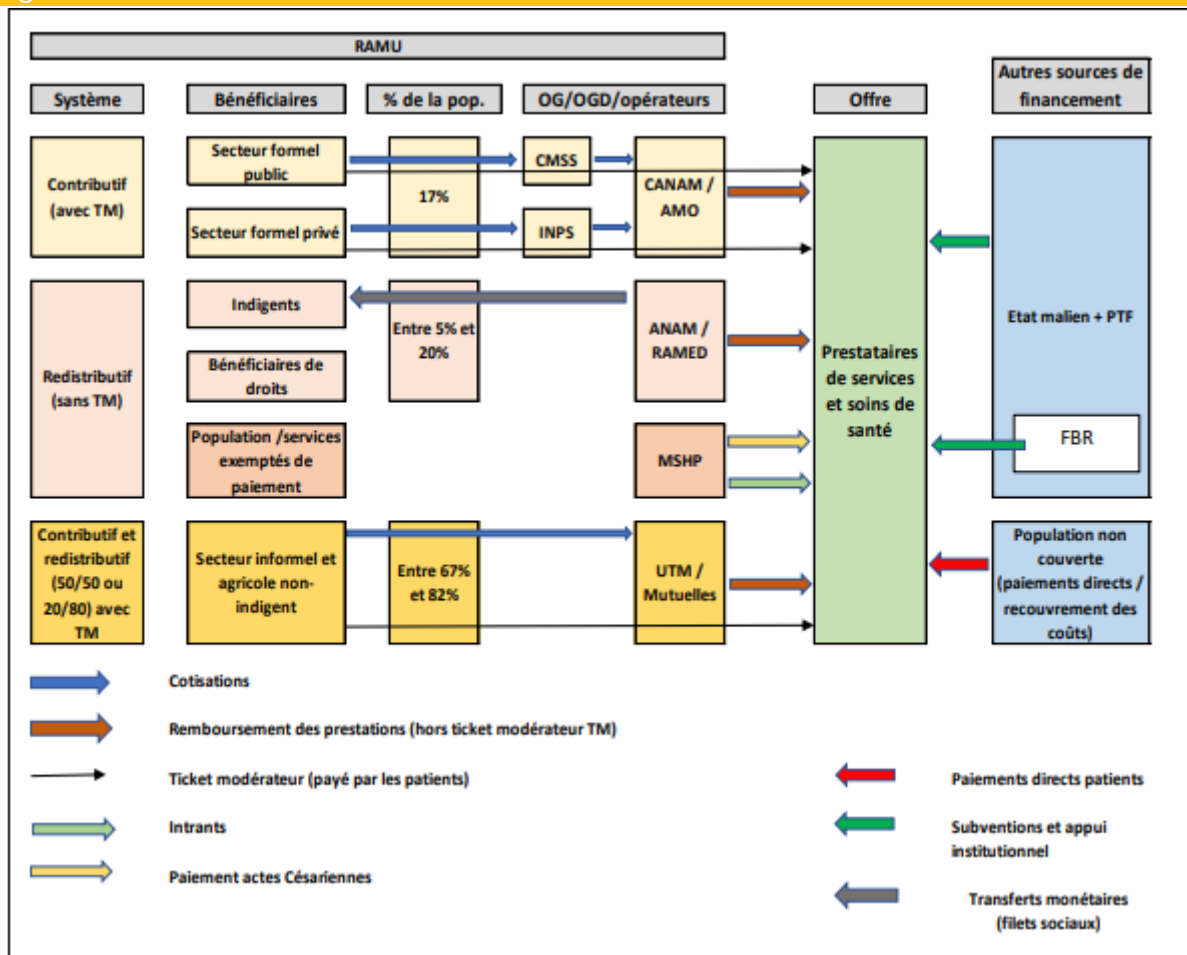
Aujourd'hui, la situation au niveau du financement est complexe et fragmentée (voir Fig. 3 ci-dessous).

⁴ Chiffre en USD courant, tiré de la World Bank Database
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD?locations=ML>

⁵ Ce chiffre est en dollars 2012 et ne réfère en théorie qu'aux sources gouvernementales.

⁶ Entretien partenaire technique et financier de la santé au Mali.

Figure 3. Financement de la santé et RAMU



Source : (hera, 2018)

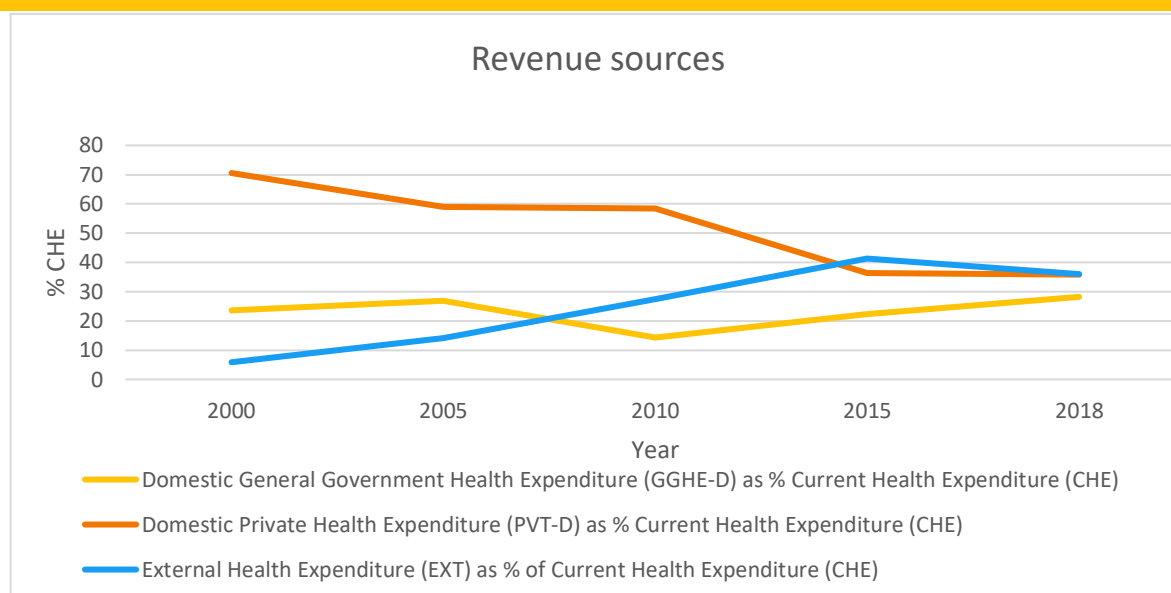
- **Mobilisation des ressources pour la CMU**

Outre le déficit de financement, les sources de revenus existantes sont inadéquates et fragmentées. En effet, le financement de la santé repose très largement sur les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les ménages. En 2018, presque 34% des dépenses totales de santé provenaient des ménages, 36% des PTF, 28 % du budget de l'état et 6.14% de l'assurance médicale⁷. Les ménages connaissent une incidence de dépenses catastrophiques parmi les plus élevées (19%) au monde (Deville, Hane, Ridde, & Toure, 2018) et il n'y a que très peu de coordination entre les PTF et le MSHP (voir encadré ci-dessous).

Quant au budget de l'État comme source de revenus pour la santé, la sécurité et la défense nationale ont absorbé une grande partie des dépenses depuis le coup d'État de 2012. Les dépenses dans ces secteurs sont passées de 8,6% des dépenses totales en 2011 à 20% en 2018, réduisant l'espace budgétaire et évinçant les dépenses sociales et d'infrastructure. Les dépenses de sécurité et de défense nationale étaient de 3,5 fois les dépenses de santé (BM, 2021).

⁷ Données de la Global Health Expenditure Database <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> accédées le 19 mars 2021.

Figure 4. Sources de financement de la santé



Source : Global Health Expenditure Database <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

De plus, il existe une multitude de systèmes dits de « gratuité », exemptant certains groupes cibles, ou certaines maladies, du paiement direct. Les mécanismes sont d'une très grande variété pour ce qui concerne leur cible, la source de leur financement (éventuel), ou encore leur gestion et le paiement éventuel aux prestataires (MSHP, Stratégie Nationale de Financement de La Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle, 2017) (voir Tableau 3 ci-dessous)

Tableau 3 Gratuités au Mali

Actes gratuits	Sida	Césarienne	Paludisme
Consultation/ acte chirurgical	Consultation	Acte chirurgical	-
Traitement	ARV	Kit césarienne Traitement post op.	CTA Kit de paludisme grave
Analyses	Dépistage ; Bilan initial Comptage CD4 ; Charge virale Suivi biologique	Examens préopératoires	Test de dépistage rapide
Prévention	Traitement des IO Substituts lait maternel		Moustiquaire imprégnée SP (sulfadoxine pyrimétamine)
Autres	Accompagnement psychosocial	Hospitalisation Système de référence-évacuation	

Source : http://www.miselimali.org/fs/Root/caxm5-Synthese_exemption_paiement_Mali.pdf

- **Le VIH/SIDA :** L'assistance de l'Etat est définie dans l'article 5 du décret n° 05 – 147 / P-RM du 31 mars 2005. Elle comprend l'accès gratuit aux antirétroviraux et aux préservatifs masculins et féminins, la prise en charge du coût des analyses, du dépistage et du suivi biologique, la prise en charge du coût des consultations, des analyses et du traitement des maladies opportunistes, la prise en charge de l'alimentation du bébé né d'une mère séropositive par les substituts au lait maternel, l'information et le conseil sur la sexualité responsable des personnes vivant avec le VIH. La loi n° 06-028 / du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH / SIDA renforce les dispositions du décret instituant la gratuité.
- **La césarienne :** Le décret n° 05 – 350 / P-RM du 04 août 2005 institue la gratuité de la césarienne. Ce décret précise que « la gratuité est assurée lorsque la césarienne est pratiquée à titre thérapeutique dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de cercle et des communes du

District de Bamako et les établissements du Services de santé des Armées ». Elle porte sur « l'acte chirurgical et les examens préparatoires ; le kit pour l'intervention chirurgicale et le traitement post opératoire ; l'hospitalisation ». L'incidence financière était estimée à 430 millions de FCFA en 2005 (soit USD780,000) (Tchiombiano, Yaouaga, Prévalet, & M'baye, 2012).

- **Le traitement contre le paludisme** : La gratuité sur la prise en charge du paludisme est instituée par le décret n° 10-628/P-RM du 29 novembre 2010. Les cibles de la gratuité sont l'enfant de moins de cinq ans, la femme enceinte dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence et les centres de santé communautaires. La gratuité porte sur la prise en charge de médicaments, de consommables et des actes ; la prévention par la Sulfadoxine-pyriméthamine comprimé et la moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- De plus, en 2019, le président Keita a promis la gratuité des soins pour les **femmes enceintes, les accouchements et les enfants de moins de 5 ans** d'ici 2022. Le budget nécessaire, encore non alloué, à cette gratuité était de USD120M par an. A présent des concertations au sein d'un groupe de travail sont en cours au niveau du MSHP et en collaboration avec des PTFs pour opérationnaliser cette promesse présidentielle (voir Annex 4 pour les détails sur la composition et l'agenda de travail de ce groupe).

La plupart des études effectuées sur les différentes gratuités s'accordent à dire qu'elles ont été élaborées et décidées par une volonté présidentielle le plus souvent appuyée par la pression internationale (Touré 2015 ; Olivier de Sardan, Ridde 2012). Si ces décisions ont été plus ou moins bien accueillies par la population, il n'en demeure pas moins que leurs conséquences sur le recouvrement de coût en cours ainsi que leur mécanisme de financement n'ont pas fait l'objet de préparation approfondie au sein du département de la santé. Le financement de la gratuité sur le Sida et le paludisme est presque entièrement assuré par l'aide extérieure (Fonds Mondial et Presidential Malaria Initiative (PMI) en particulier) (Toure, nd) . La gratuité prévue pour les femmes enceintes, accouchements et enfants de moins de 5 ans est quant à elle le sujet de discussions au sein d'un groupe de travail : une modélisation des coûts a été préparée (voir Annexe 3).

- **Mutualisation des risques :**

Parallèlement à ces réformes du système de santé, et depuis l'adoption en Conseil des Ministres en avril 2002 de la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, le Mali s'est engagé dans la mise en place d'un système de protection sociale contre la maladie profitable à l'ensemble de la population (Deville, Hane, Ridde, & Toure, 2018):

- AMO (géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)) : Le régime de l'AMO concerne les fonctionnaires civils de l'État et des Collectivités territoriales, les militaires et les députés, les travailleurs au sens du Code du Travail, les titulaires de pensions des secteurs public et privé, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires, soit 17% de la population malienne totale
- RAMED (géré par l'AMO) : l'État malien a légiféré, mis en œuvre et financé à l'échelle nationale un dispositif de prise en charge médicale des plus pauvres. Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est-à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne. Ce pourcentage résulte d'une évaluation basée non pas sur un recensement des indigents mais sur la capacité maximale de l'État à faire face à cette charge financière.

La mise en œuvre de l'AMO et du RAMED qui proposent un paquet de bénéfices bien plus large que celui offert par la plupart des mutuelles à leurs adhérents, pose la question de l'équité entre les différents

dispositifs (ibid.). Pour tenter de réduire les inégalités constatées, l'État a élaboré en 2010 une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé, mises en œuvre pendant une phase pilote de trois ans (2012-2014) dans les trois régions de Sikasso, Ségou et Mopti. Elle prévoit une subvention par l'État aux mutuelles à hauteur de 50% des cotisations, à condition que celles-ci offrent un paquet de bénéfices équivalent à celui de l'AMO (stratégie nationale d'harmonisation des paquets au sein de la Mutualité). La stratégie prévoit également d'aller vers une couverture communale (créer une mutuelle par commune soit 703 au total) avec des unions de districts pour assurer la prise en charge au niveau des Centres de Santé de Référence (CSREF) et hôpital régional.

En fin 2016, un tiers de la population cible de l'AMO seulement était enregistré (soit 6.4% de la population), le RAMED ne couvrait environ que 15% de la population cible, et les 193 mutuelles ne couvraient pas 5% de la population totale, ou 6.3% de la population cible (MdS, 2017). Une stratégie en cours vise à harmoniser le paquet de soins des 193 autres mutuelles et à subventionner la cotisation de leurs adhérents. La mutualisation de leurs fonds n'est pas abordée de manière systémique, mais une trentaine d'entre elles la réalisent déjà au sein de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) (MSHP, Stratégie Nationale de Financement de La Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle, 2017).

Le projet de loi Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) voté en Conseil des Ministres en 2019 vise à consolider ces ambitions de mutualisation.

- **Achat des services⁸**

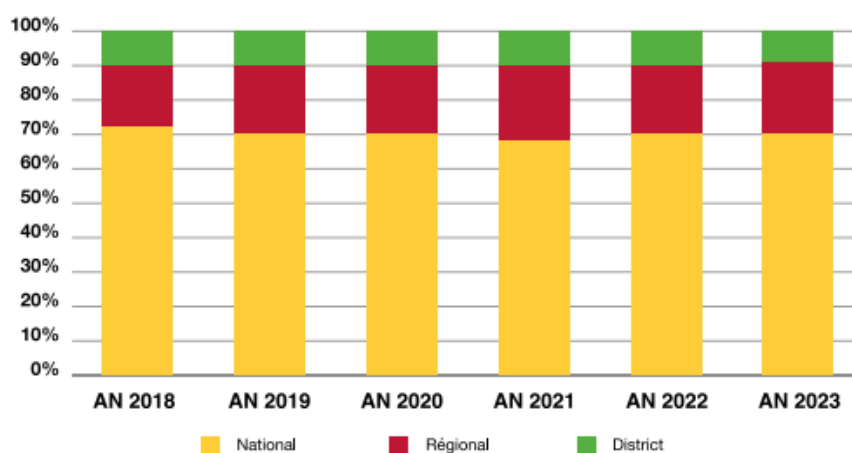
La fonction d'achat des services souffre elle aussi du fractionnement du système de financement de la santé et du rôle limité du prépaiement. L'achat stratégique est pratiquement inexistant au Mali, où la fonction se résume largement à la relation entre le prestataire et le patient (paiement direct) (MSHP, 2017).

- **Gestion des Finances Publiques (GFP)**

La bonne gestion des finances publiques est essentielle pour la réalisation de l'ambition CMU, et pour le bon fonctionnement du système de financement de la santé. Les problèmes de décaissement et de faible exécution budgétaire avaient déjà été identifiés comme étant l'un des goulots d'étranglement principaux au succès des réformes associées à PRODESS III (hera, 2019). La cartographie permet de constater que près de 70% des ressources restent au niveau central, et que 10% uniquement arrivent au niveau des districts, et le gouvernement ne semble pas disposer à remanier cette distribution (voir Figure 5 ci-dessous).

⁸ Le volet achat de services est plus amplement couvert dans le chapitre suivant traitant d'une forme d'achat qu'est le FBR.

Figure 5. Répartition des finances publiques par niveau



Source : (MSHP, Cartographie des Ressources de la sante de la reproduction, de la mere, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition, 2020)

Cette concentration des ressources au niveau national limite la disponibilité des ressources déjà faibles au niveau local. Cette constatation a été confirmée par l'un de nos entretiens : *les services déconcentrés du Ministère ont un budget dérisoire. Ils ne peuvent rien entreprendre qui ne vienne des partenaires.*

Le Mali s'est engagé dans un processus de réformes de la gestion des finances publiques qui s'inscrit dans le cadre des initiatives communautaires qui visent à harmoniser, au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), la réglementation et la pratique en matière de gestion des finances publiques. Dans cette optique, le Plan de Réforme de la Gestion des Finances Publiques au Mali (PREM) 2017-2021, développé sur la base de 5 axes stratégiques, correspond à la mise en œuvre de la 3ème génération de ce type de réformes (Republique du Mali, 2019). Les problèmes de GFP persistent pourtant (voir encadré ci-dessous).

Le processus d'élaboration du budget et difficultés GFP - entretiens

Le financement des régions, district et CSCOM se fait en général sur la base des plans opérationnels. Les plans régionaux sont les consolidations des plans des districts qui composent la région et les plans de districts sont des consolidations des plans des aires de santé qui composent le District. La planification budgétaire se fait théoriquement selon un schéma de bas en haut, c'est-à-dire de l'aire de santé vers le niveau national. La consolidation des plans se fait lors des Comités Régional d'orientation, de coordination et de planification du PRODESS (CROCEPS) avec l'arbitrage des instances nationales. La mise à disposition des fonds se fait sur la base de demande de fonds. Ces demandes doivent être accompagnées des pièces justificatives des montants précédents. En principe si tout est correct alors la mise à disposition des fonds se fait en cascade suivant le schéma inverse, c'est-à-dire du niveau central vers le niveau district et aire de santé (compte A vers compte B vers compte C). Les plans des CSCOMs sont gérés par les CSREFs. Le mécanisme de mise à disposition des fonds peut prendre du temps si un retard ou une erreur se produit dans la chaîne. Par exemple en cas de retard des justificatifs, non-conformité de pièces etc. Le gros problème aujourd'hui est qu'au niveau des centres de santé communautaires et au niveau des CSREF on a un problème réel de traçabilité des dépenses du fait qu'il n'y a pas de manuel de gestion digne de ce nom pour ces niveaux. Et tant qu'on continuera à faire le pilotage à vue à ces niveaux, il va être difficile de sortir des problèmes. (Acteur/Actrice structure centrale MSHP).

Le véritable problème est l'incertitude sur la disponibilité des ressources. La planification est basée sur le budget d'état. Les PTF ne se prononcent pas. Dans ces conditions on n'est sûr de rien. Il n'est pas rare de se retrouver avec des taux d'exécution n'atteignant pas les 50%. (Acteur/Actrice structure centrale MSHP)

Nous avons eu des difficultés dans l'atteinte des résultats qui étaient escomptés du financement des Pays bas. Par exemple des taux de décaissement ont été très bas à cause souvent de procédures et circuit des mécanismes de décaissement non adaptés. Par ailleurs certains indicateurs déclencheurs n'étaient pas réalistes comme par exemple on a misé sur un décaissement de 800 millions par semestre. On n'a jamais pu atteindre 50% de ce montant (Acteur/Actrice structure centrale MSHP).

Le gouvernement malien souhaite transformer la promesse de gratuité des soins et de CMU, en réalité. Comme toute réforme, cela requiert un renforcement du système de santé et de chacun de ses piliers. La première étape est l'estimation de l'impact de l'élimination de cette barrière financière et l'allocation budgétaire adéquate permettant de subventionner cette gratuité (McPake, Brikci, Schmidt, Cometto, & Araujo, 2011). Ce subventionnement doit couvrir les paiements à l'acte des populations cibles, et prévoir aussi l'augmentation de la demande qui découle systématiquement de l'élimination de ces paiements. Soutenir le gouvernement malien dans ces ambitions implique donc en premier lieu une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour augmenter l'espace fiscal pour la CMU. Cette analyse du coût de la gratuité est en cours (voir Annexe 3).

3.3 AUGMENTER L'ESPACE FISCAL POUR LA CMU

Le Mali a avant tout besoin de plus de ressources pour faire face aux problèmes de santé de sa population, améliorer l'offre, et faciliter la demande. En effet PRODESS IV prévoit un déficit de financement de presque 74% en 2021 (voir Tableau 4 ci-dessous). Mais cette prévision ne montre pas d'augmentation du budget alloué à la santé, donc ne s'aligne pas encore sur les ambitions de CMU qui visent à augmenter la protection financière. La stratégie nationale de financement de la santé prévoyait un coût de près de FCFA 230 Milliards

sur 5 ans. Bien que le déficit n'ait pas été explicité, il est reconnu comme important et nécessitant une stratégie de mobilisation de ressources. (MSHP, 2017)

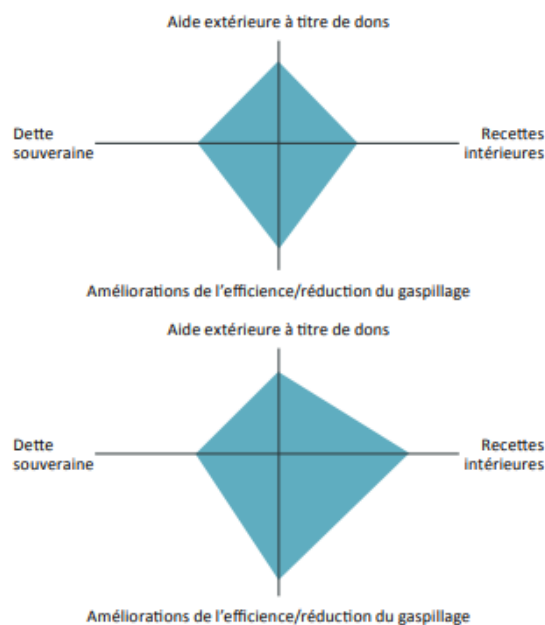
Tableau 4 Coût PRODESS IV

Rubriques	Montants annuels				
	2019	2020	2021	2022	2023
Budget d'État en milliards de FCFA (augmentation annuelle de 9,44%)	2387,7	2604,6	2604,6	2604,6	2604,6
Pourcentage du Budget Santé dans le Budget d'État	6,4%	6,5%	5,2%	5,3%	5,4%
Budget Santé en milliards de FCFA	153,5	168,4	135,4	138,0	140,6
Coûts du PRODESS IV en milliards de FCFA	210,0	446,6	519,6	418,7	407,5
% de Couverture des BF	73,1%	37,7%	26,1%	33,0%	34,5%
Financement à rechercher	56,5	278,2	384,2	280,6	266,8
% du financement à rechercher dans le coût total du PRODESS IV	26,9%	62,3%	73,9%	67,0%	65,5%

Source : (MSHP, PRODESS IV, 2019)

Les stratégies possibles pour augmenter les ressources disponibles pour la CMU incluent : la mobilisation de ressources domestiques additionnelles ; l'augmentation de la dette nationale pour financer la santé ; l'augmentation de l'aide des PTF ; ou enfin une amélioration de l'efficacité des dépenses (voir Fig. 6 ci-dessous). La MAP suggère d'entreprendre une analyse de l'espace fiscal pour la santé avec le MEF, avec l'aide de la BM, de la GFF, de la Banque islamique de développement, de la Banque française de développement, de l'Union européenne et d'autres agences internationales. Cette étude pourrait servir de base à cette réflexion commune.

Figure 6. Stratégies pour augmenter l'espace fiscal



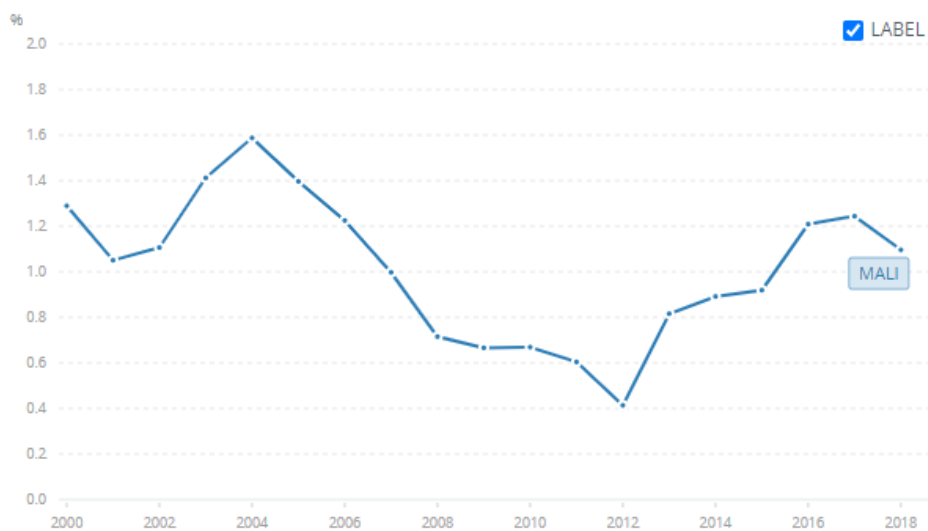
3.3.1 AUGMENTATION DE LA MOBILISATION DES REVENUS DOMESTIQUES

L'augmentation des ressources domestiques peut se faire soit grâce à une amélioration de la croissance économique, une augmentation de l'allocation budgétaire à la santé, ou une augmentation des ressources innovantes ou plus classiques telles que l'assurance maladie, spécifiquement dédiées au programme santé.

Augmentation de l'allocation budgétaire à la santé : Le Mali n'allouait en 2018 que 1.09% de son PIB au secteur de la santé (voir Fig.7 ci-dessous), ou 5% de ces dépenses totales (voir Fig.8 ci-dessous). Or il a été établi que la CMU requiert un minimum de 5% du PIB pour être viable (McIntyre & Meheus, 2017). La cartographie prévoit une augmentation budgétaire de l'Etat à la santé (voir Fig.9/10 ci-dessous). Il y a donc

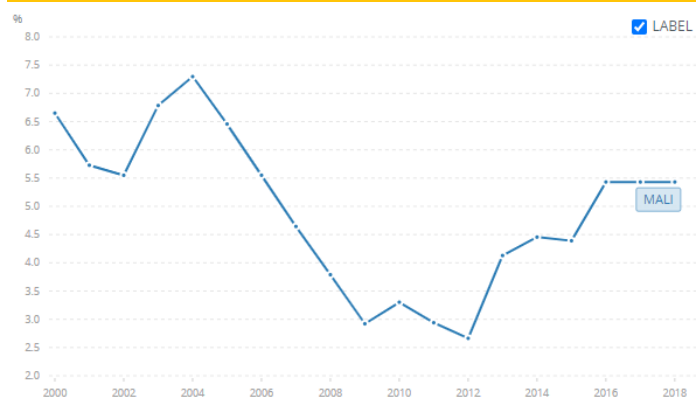
une marge importante de négociation possible pour tenter de convaincre le gouvernement malien à donner une plus grande priorité à la santé.

Figure 7. Dépenses du gouvernement malien pour la santé en % PIB



Source : Banque Mondiale <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=ML>

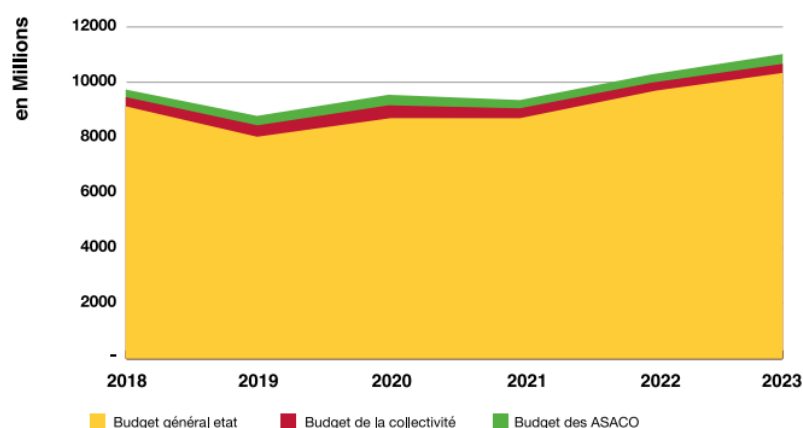
Figure 8. Dépenses de santé du gouvernement en pourcentage des dépenses totales du gouvernement



2000 - 2018

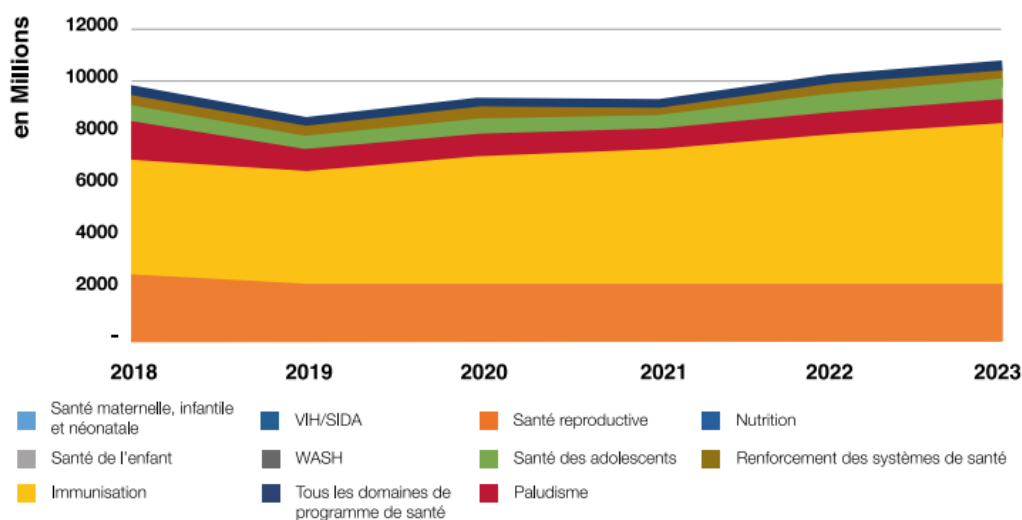
Source : Banque Mondiale <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=ML>

Figure 9. Engagements budgétaires du secteur public par source (FCFA)



Source : (MSHP, Cartographie des Ressources de la sante de la reproduction, de la mere, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition, 2020)

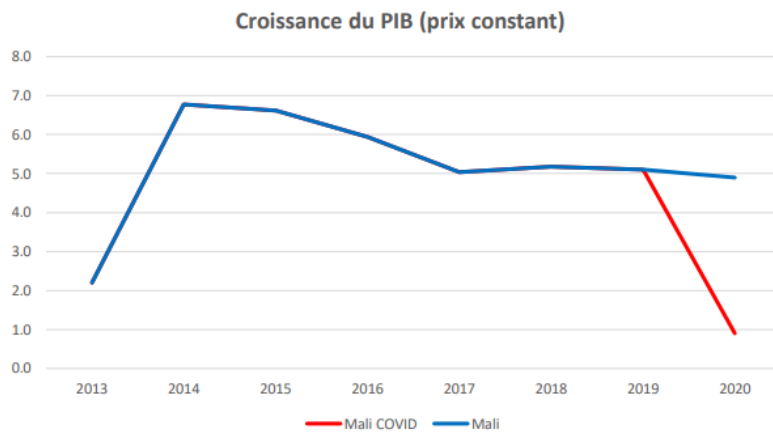
Figure 10. Engagements budgétaires du secteur public par domaine de programme de Santé (FCFA)



Source : (MSHP, Cartographie des Ressources de la sante de la reproduction, de la mere, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition, 2020)

Croissance économique : une augmentation de la croissance, sans augmentation de l'allocation budgétaire, pourrait automatiquement mener à une augmentation des ressources allouées à la santé. Les perspectives économiques au Mali sont cependant peu prometteuses, et se sont largement détériorées à la suite de la crise liée au COVID-19 (voir Fig. 12 ci-dessous). Ainsi cette perspective semble à abandonner dans les prochaines années.

Figure 11. Croissance PIB



Source : FMI Staff Report, May 2020

Augmentation des ressources fiscales : Les recettes fiscales ont augmenté de 2 points de pourcentage au cours des années 2010 pour atteindre 14,8% du PIB en 2019 (contre 12,8 en 2010). Cela correspond globalement à la moyenne de 15% enregistrée par Pays de l'UEMOA mais en deçà de l'objectif de l'UEMOA de 20% du PIB (BM, 2021). Il y a donc marge à augmenter le revenu provenant des ressources fiscales, mais pas dans l'immédiat, vu la crise économique se dessinant.

Augmentation des ressources domestiques dites novatrices : Le Mali pourrait augmenter les ressources disponibles pour la santé à travers des méthodes innovantes. Une étude a déjà analysé le potentiel de certaines sources innovantes (taxes additionnelles sur l'alcool, billets d'avion, téléphonie, transactions financières et industries extractives) et a conclu que ces sources (considérées comme acceptables politiquement et techniquement faisables) pourraient rajouter entre 0.09% à 0.34% du PIB à la santé (Mathauer , et al., 2019). Le GFF et le MAP ont aussi suggéré une telle analyse dans le dossier d'investissement. Le MAP parle de taxes ciblées sur des secteurs spécifiques et l'amélioration des mécanismes de collecte-par exemple le secteur minier, le secteur de la téléphonie, les aspects des secteurs des boissons et du plastique qui ont des conséquences négatives sur la santé. Les Pays-Bas pourraient peut-être soutenir le pays dans cette réflexion, en collaboration avec le MSHP.

Il convient néanmoins de noter que le Ministère de l'Economie et des Finances se montre réticent sur les suggestions de taxes additionnelles pour un secteur particulier. Le secteur de la santé est généralement mieux écouté par ce Ministère lorsqu'il s'agit de *sin taxes*, soit des taxes sur les produits directement néfastes à la santé, tels que le tabac ou l'alcool.

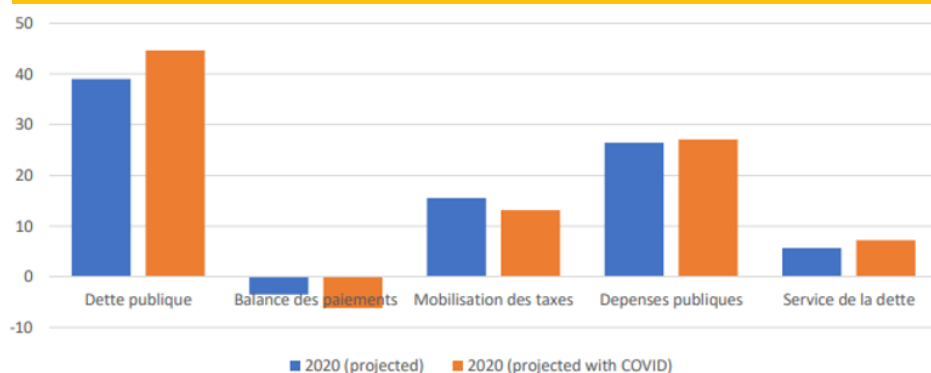
Les MEFs ont aussi tendance à résister à l'affectation des revenus additionnels, c'est-à-dire qu'ils demandent que ces revenus additionnels aillent dans le budget général de l'état, plutôt que d'être alloué spécifiquement à la santé.

3.3.2 AUGMENTATION DE LA DETTE NATIONALE

Une des conséquences de la crise du COVID-19 est l'augmentation de la dette publique, qui va passer de 39% du PIB à 45% du PIB en 2021 (voir Fig. 12 et 13 ci-dessous) (IMF, 2020). Cette augmentation de la dette est un des impacts majeurs de la crise du COVID-19 sur le moyen et long terme. Le G20 a accordé une période de trêve pour le paiement des dettes, mais cela n'est qu'un report. Dans ce contexte, imaginer que le Mali puisse utiliser la dette pour investir dans la santé est peu crédible, d'autant plus que le secteur de la santé est souvent considéré comme un secteur non-productif, donc moins soutenu par les Ministères des Finances. Selon la BM (2021) sans une forte reprise, les besoins d'emprunt bruts du Mali pourraient s'élargir à 10% en moyenne du PIB au cours des prochaines années et la dette publique pourrait dépasser 50% du

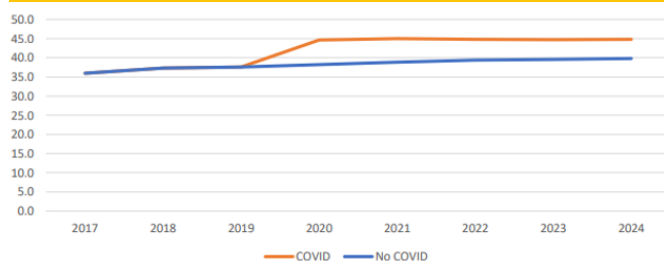
PIB. La dépendance du pays sur la dette intérieure, qui est déjà passée de 3,8% du PIB en 2010 à 14% du PIB en 2019, l'expose à des risques de taux d'intérêt et de refinancement dans les années à venir (BM, 2021).

Figure 12. Impact du COVID-19 sur les indicateurs économiques clés (en % du PIB)



Source : (IMF, 2020)

Figure 13. Impact du COVID-19 sur la dette publique (en % du PIB)



Source : (IMF, 2020)

3.3.3 AUGMENTATION DE L'AIDE DES PTF

Le secteur de la santé au Mali dépend déjà à plus d'un tiers des PTF. La crise politique, le manque de leadership du gouvernement, le manque de progrès et de redevabilité du gouvernement au cours de PRODESS III, ainsi que l'intérêt limité porté par les PTF au secteur de la santé (voir Fig.14 ci-dessous), rendent peu probable une augmentation des ressources de l'aide internationale à la santé.

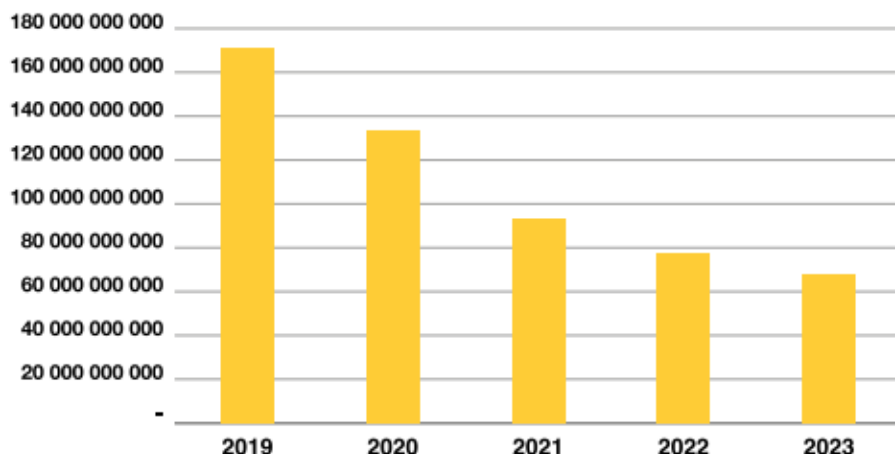
Figure 14. Aide bilatérale au Mali par secteur



Source : OECD DAC data https://public.tableau.com/views/OECDDACAidataqlancebyrecipient_new/Recipients?:embed=y&:display_count=yes&:showTabs=y&:toolbar=no?&:showVizHome=no

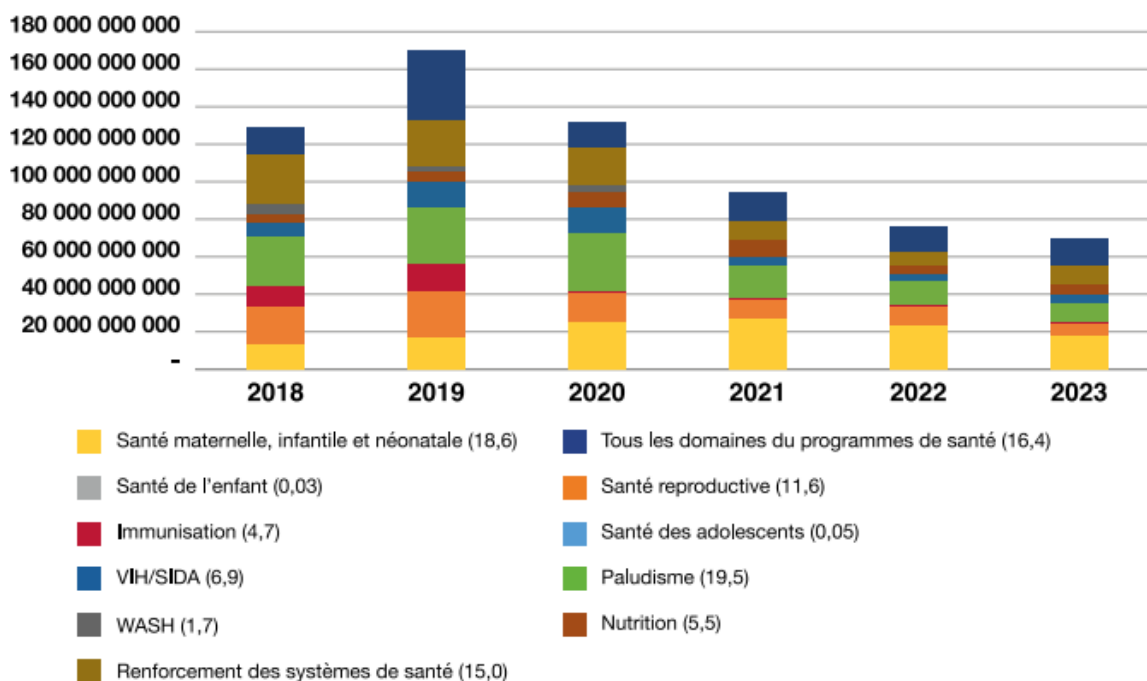
Bien au contraire, la cartographie des ressources indique une diminution de l'aide internationale à la santé, confirmée par les entretiens entrepris pour cette étude (voir Fig. 15 ci-dessous). Les parts de la santé maternelle et reproductive semblent largement épargnées cependant (voir Fig. 16 ci-dessous). S'attendre donc à une augmentation du budget alloué à la santé de bailleurs déjà devenus plus frileux au Mali semble peu prometteur.

Figure 15. Projection de l'aide des PTF à la santé



Source : (MSHP, Cartographie des Ressources de la sante de la reproduction, de la mere, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition, 2020)

Figure 16. Engagements budgétaires des bailleurs par domaine de programme de santé (FCFA)



3.3.4 AUGMENTATION DE L'EFFICACITE DES DEPENSES, OU AUGMENTER 'HEALTH FOR THE MONEY'.

L'efficacité *technique* est réalisée lorsque des résultats de santé maximaux sont obtenus pour un niveau donné d'intrants. L'efficacité *allocative* est réalisée lorsque la bonne combinaison des programmes de santé – par exemple, trouver un équilibre optimal entre les soins préventifs et curatifs, ou entre les soins primaires et hospitaliers – maximise la santé de la population.

L'augmentation de l'efficacité technique est un leitmotiv des bailleurs de fonds en général depuis que l'OMS a affirmé que de 20% à 40% des ressources dépensées dans la santé étaient gaspillées globalement (OMS, 2010). Augmenter l'efficacité technique et allocative est certes désirable, et le Mali est particulièrement mal classé à ce niveau : une étude sur l'efficacité technique des dépenses de santé à travers 172 pays montre que le plus mauvais score revient au Mali (Jordi, Pley, Jowett, Jaoude, & Haghparast-Bidgoli, 2020). Cette étude suggère que les trois facteurs qui ont le plus grand impact sur l'efficacité technique des dépenses pour la CMU sont une meilleure gouvernance (qui pourrait améliorer le *UHC service coverage* de 0.06 points), une augmentation du PIB et une meilleure éducation de la population.

Au-delà de ces facteurs plus macros, les 10 raisons principales d'inefficacité technique du secteur de la santé se concentrent autour de problèmes liés à l'achat des médicaments et aux ressources humaines (voir Tableau 5 ci-dessous). Au Mali, ces dépenses consomment (i) les salaires des travailleurs de la santé (47,9%), (ii) la gestion de la chaîne logistique (31,6%), et (iii) autres-médicaments et salaires (11,3%) des dépenses publiques de santé (MSHP, 2020). La BM estime qu'une amélioration de la gestion des ressources médicales et un investissement dans un plan des ressources humaines de la santé pourrait porter ses fruits (BM, 2021). La possibilité d'améliorer l'efficacité technique dans les dépenses au Mali a aussi été mentionnée lors de nos entretiens : *Les CSCOM privilégient les médicaments en spécialité qui sont plus chers au détriment des médicaments en générique préconisés.*

Il ne faut pourtant pas surestimer le véritable potentiel de création d'espace fiscal des réformes liées à l'inefficacité. Une revue systématique de la littérature montre qu'il n'y a pas de preuves empiriques directes prouvant que les gains d'efficacité se traduisent par plus de ressources pour le secteur de la santé (Zeng, Yao, Barroy, Cylus, & Li, 2020). Une autre revue systématique (Brikci et al, en préparation) met en exergue les difficultés liées à l'implémentation de ces réformes (difficultés techniques mais aussi politiques).

Enfin, lorsque si peu de ressources sont disponibles dans un système de santé, bien qu'il reste important de mieux dépenser, il est difficile de réaliser de grandes réformes.

Tableau 5 Les 10 principales causes d'inefficience du secteur de la santé

Catégorie d'inefficience	Détails
Médicaments	Sous-utilisation des génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments Utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits Utilisation incorrecte et inefficace Fourniture ou emploi excessifs de matériel, d'enquêtes et de procédures
Ressources humaines	Combinaison de personnel inappropriée ou chère, travailleurs non motivés
Services de santé	Admissions en milieu hospitalier et durée de séjour peu appropriées Taille de l'hôpital peu appropriée (faible utilisation de l'infrastructure) Erreurs médicales et qualité sous optimale des soins
Pertes du système de santé	Gaspillage, corruption et fraude
Combinaison d'interventions	Combinaison inefficace/niveaux de stratégies inappropriés

Source : https://www.cabri-bo.org/uploads/files/Documents/events_2016_cabri_health_dialogue_efficiency_in_health_spending_fr.pdf

3.4 SOUTENIR LA MUTUALISATION DES RISQUES ET DES RESSOURCES

La deuxième fonction de financement de la santé que pourrait soutenir le RPB est la mutualisation des risques et des ressources. En effet, le pays souhaite augmenter sa couverture assurancielle, afin d'augmenter la protection financière de la population, et diminuer la part directe des ménages aux dépenses totales de santé.

La situation actuelle implique une faible solidarité et une absence de redistribution des ressources entre les mécanismes et entre les couches sociales. Elle implique aussi une forte duplication des fonctions administratives et un besoin de coordination, avec comme conséquence des coûts de transaction et des frais administratifs élevés (MSHP, Stratégie Nationale de Financement de La Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle, 2017). De plus, la couverture assurancielle mise en place aujourd'hui n'a pas de caractère obligatoire. Selon la stratégie de financement de la santé :

L'assurance maladie se développe sur la base de divers mécanismes mis en place pour des cibles différentes, avec une vision stratégique selon laquelle différents régimes seront fixés et harmonisés (...) la mobilisation des cotisations pour le secteur informel souffre des limites de capacités contributives : les cotisations attendues des populations du secteur non pauvre semblent au-dessus des possibilités d'une majorité d'entre elles, et encore les démunis ne seront couverts contre le risque maladie que si l'Etat couvre les prises en charge. L'organisation de la collecte est somme toute, à l'heure actuelle, un obstacle important à l'efficience et au développement de la couverture sanitaire

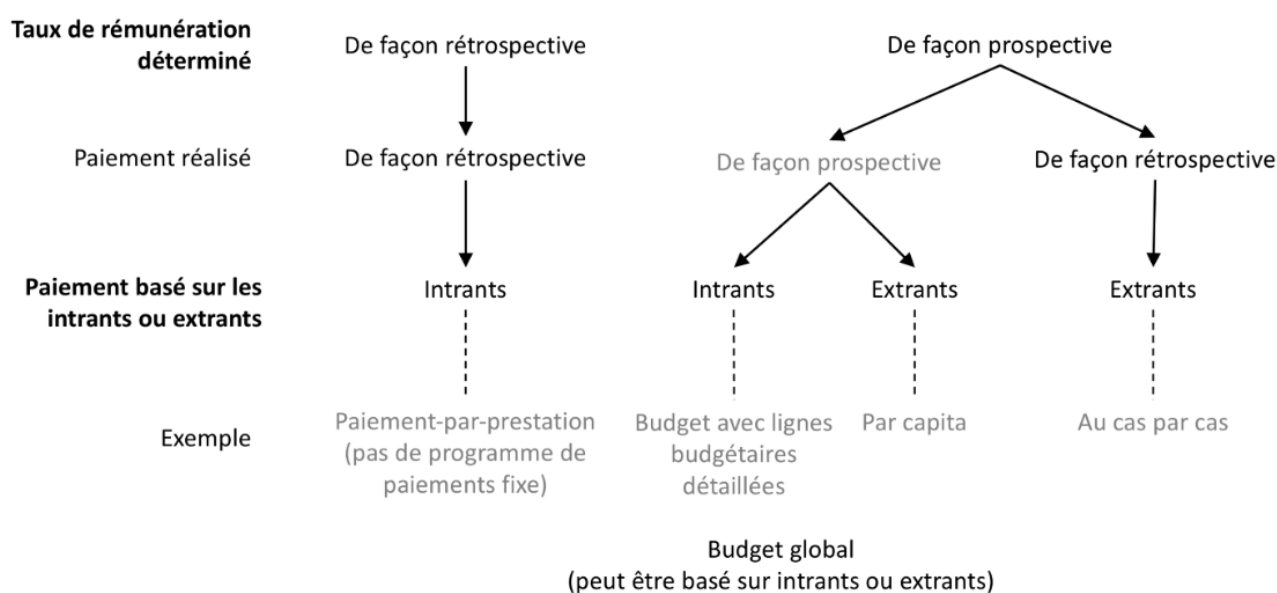
3.5 SOUTENIR L'ACHAT STRATEGIQUE

Tout projet ou mise en œuvre de réforme doit être entrepris dans une perspective systémique. La gageure de l'achat stratégique est complexe, et peu de pays à revenu faible se sont engagés dans les réformes qui y sont associées. Pourtant le FBR est une réforme de la fonction achat. Ce chapitre vise à établir comment soutenir le Mali dans sa tentative d'améliorer l'achat des services de santé, et d'aller donc au-delà du FBR.

3.5.1 ACHAT DE SOINS – QUELLES OPTIONS ?

L'achat des soins peut se faire de façon prospective, ou rétrospective (voir Fig.17 ci-dessous). Le FBR par exemple est une méthode d'achat dont le montant est prospectif, mais le paiement est rétrospectif et basé sur les résultats.

Figure 17. Options fonction achat



3.5.2 PASSER DE L'ACHAT PASSIF A L'ACHAT STRATEGIQUE

Les inconvénients des méthodes purement rétrospectives sont connus et nombreux (Figueras, Robinson, & Jakubowski, 2005). Ces inconvénients incluent le caractère passif de l'achat, c'est-à-dire le manque de choix dans l'offre, dans le contrôle de la qualité des soins dispensés, de l'impossibilité de négocier les prix, par exemple. Tout pays devrait tenter de s'acheminer vers des méthodes d'achat plus stratégiques, c'est à dire utiliser des formes de paiements créant de l'efficacité et de la qualité, qui poussent les fournisseurs de soins à améliorer la qualité et les prix. C'est en partie ce que tente de faire le FBR.

Pourtant, passer de l'achat passif à l'achat stratégique requiert un nombre considérable de conditions préalables :

- Disposer de ressources suffisantes pour la santé – en deçà d'un seuil minimum, il faudra se concentrer sur la mobilisation de ressources additionnelles ;
- Un système d'information et de données performant ;
- Un système de monitoring et évaluation performant ;

- Un système de GFP performant, stable mais flexible ;
- Une capacité des différents acteurs suffisante: capacité des payeurs à contracter les fournisseurs de soins, et capacité des fournisseurs à gérer les fonds alloués ;
- Une bonne gouvernance du système de santé
- Une volonté de réforme du gouvernement ;
- Une certaine autonomie des fournisseurs de soins.

Or le Mali ne dispose encore d'aucune de ces conditions essentielles au succès d'un passage vers l'achat stratégique⁹. Le FBR ayant commencé, il serait important de débiter cette réflexion de façon systématique, en collaboration étroite avec le gouvernement, afin de définir une feuille de route permettant, à la fin du projet FBR, de passer la main au gouvernement.

3.6 POINTS CLEFS

Ce chapitre analyse la situation au niveau du financement de la santé nous permet d'identifier plusieurs points clefs à considérer dans l'aide du RPB au Mali :

- **Pousser pour une remise à jour de la stratégie de financement de la santé**, avec un accent particulier sur la mobilisation et mise en commun des ressources en premier lieu, et en second lieu, une stratégie d'achat moins passive, proposant une transition de l'approche actuelle à une approche stratégique, incluant le développement d'une formule d'allocation des ressources (*resource allocation formula*) permettant une distribution plus équitable des ressources. Le volet résilience de financement aux chocs divers devra être intégré à travers les trois fonctions de financement. Ceci pourrait se faire à travers :
 - **La création d'une cellule au sein du MSHP pour son implémentation.** La création de cette unité au sein du Ministère devrait aider à y ancrer ces réformes. Les PTFs disposés à soutenir ce genre d'efforts incluent la BM, la GFF et parfois FCDO, bien que ce soutien doive lui aussi être de courte durée, et le salaire de ses employés complètement intégré à la masse salariale du MSHP ;
 - **Offrir une AT au MSHP pour la mise à jour de la stratégie de financement :**
 - Coordonner cette AT avec les autres PTFs – la BM, l'OMS et la GFF soutiennent souvent ce type d'effort dans d'autres pays. Seraient-ils disposés à en faire de même au Mali ? Si non, prendre les devants ;
 - Coordonner avec la MSHP pour travailler le groupe technique qui pourrait soutenir cet effort – il pourrait même être intégré au groupe technique travaillant sur la gratuité.
 - **Entreprendre une analyse de l'efficacité technique des dépenses au niveau national**, donnant la priorité aux ressources humaines et médicaments.
 - Cette analyse devrait être entreprise au sein de la cellule d'implémentation de la stratégie de financement, permettant d'identifier des pistes de création de l'espace fiscal pour la santé ;

⁹ Voir par exemple l'évaluation de PRODESS III sur l'avancement des réformes.

- Cette analyse devrait être menée en collaboration avec la BM et la GFF, qui l'ont toutes deux identifiée comme importante pour le secteur de la santé.
 - **Appeler d'autres PTFs à soutenir le volet mutualisation des ressources et des risques**, vital pour l'augmentation de la protection financière, mais travail de très longue haleine, et hors du domaine d'expertise du RPB ;
 - Développer un plan de plaidoyer pour faire valider la stratégie de financement par le parlement, en collaboration avec les PTFs et le MSHP.
- **Gratuité**
 - Ouvrir un dialogue avec les trois Ministères en charge de PRODESS IV pour intégrer un addendum pour inclure les gratuités existantes ;
 - Demander à ce que l'Ambassade intègre le groupe de travail menant la réflexion nationale sur le système de financement de la santé et la gratuité des soins (mobilisation des ressources, mise en commun et achat stratégique) ;
 - Développer, au sein du groupe technique intégré par l'Ambassade, un *policy brief* sur la gratuité et comment en réaliser les objectifs :
 - La structure pourrait être :
 - Les problèmes d'accès aux soins au Mali
 - La gratuité comme solution – groupes cibles et coûts associés ;
 - Les sources de financement possibles ;
 - Développer une stratégie plaidoyer pour la gratuité qui inclurait :
 - Vision ;
 - Objectifs ;
 - Mapping des alliés : nous savons d'ores et déjà que l'UNICEF est un allié clef pour la gratuité, au niveau global et au niveau du Mali ;
 - Mapping des groupes/ institutions résistantes à la gratuité : entre autres les Ministères et directions au sein des trois Ministères PRODESS ne soutenant pas la gratuité
 - Approches : celles-ci incluraient, entre autres, préparer un *policy brief* sur la gratuité visant à convaincre les institutions résistantes.

4 LE FBR AU MALI – EXPERIENCES PREALABLES ET LECONS POUR L'AVENIR

Les Pays-Bas s'inscrivent idéalement dans une approche de soutien budgétaire. Le choix du FBR pour soutenir le système de santé au Mali a été guidé par les résultats peu probants de PRODESS III et les problèmes de redevabilité du gouvernement lors de PRODESS III, comme indiqué dans la section 2.4 . Ainsi, le RPB est engagé dans la région de Mopti, Ségou, Koulikoro et Gao de Janvier 2020 à Septembre 2023 à hauteur de Euro30M afin de 'poursuivre les objectifs d'accès universel à des services socio-sanitaires de qualité et ainsi à la réduction de la mortalité infantile, néonatale et maternelle' et 'la réalisation des réformes nécessaires pour arriver à une redynamisation du secteur avec une augmentation de résultats concrets'.

Le coût total du projet est de USD67.4M (soit 56M d'Euros) (USD52M pour le paiement des subsides et USD15,4M pour l'appui à la mise en œuvre et la supervision du FBR) (Sociales, 2019). Les Pays-Bas apporteraient donc plus de la moitié des ressources totales pour ce projet¹⁰.

La première partie de ce chapitre met en exergue les leçons tirées de l'expérience internationale de FBR à travers une revue de la littérature internationale ; la seconde présente l'historique des FBRs au Mali, et la troisième analyse le projet FBR en cours, soutenu par le RPB ; la dernière suggère un certain nombre de pistes de réflexion pour renforcer davantage l'impact potentiel du projet.

4.1 REVUE DE LA LITTERATURE

Définir le Financement Basé sur les Résultats

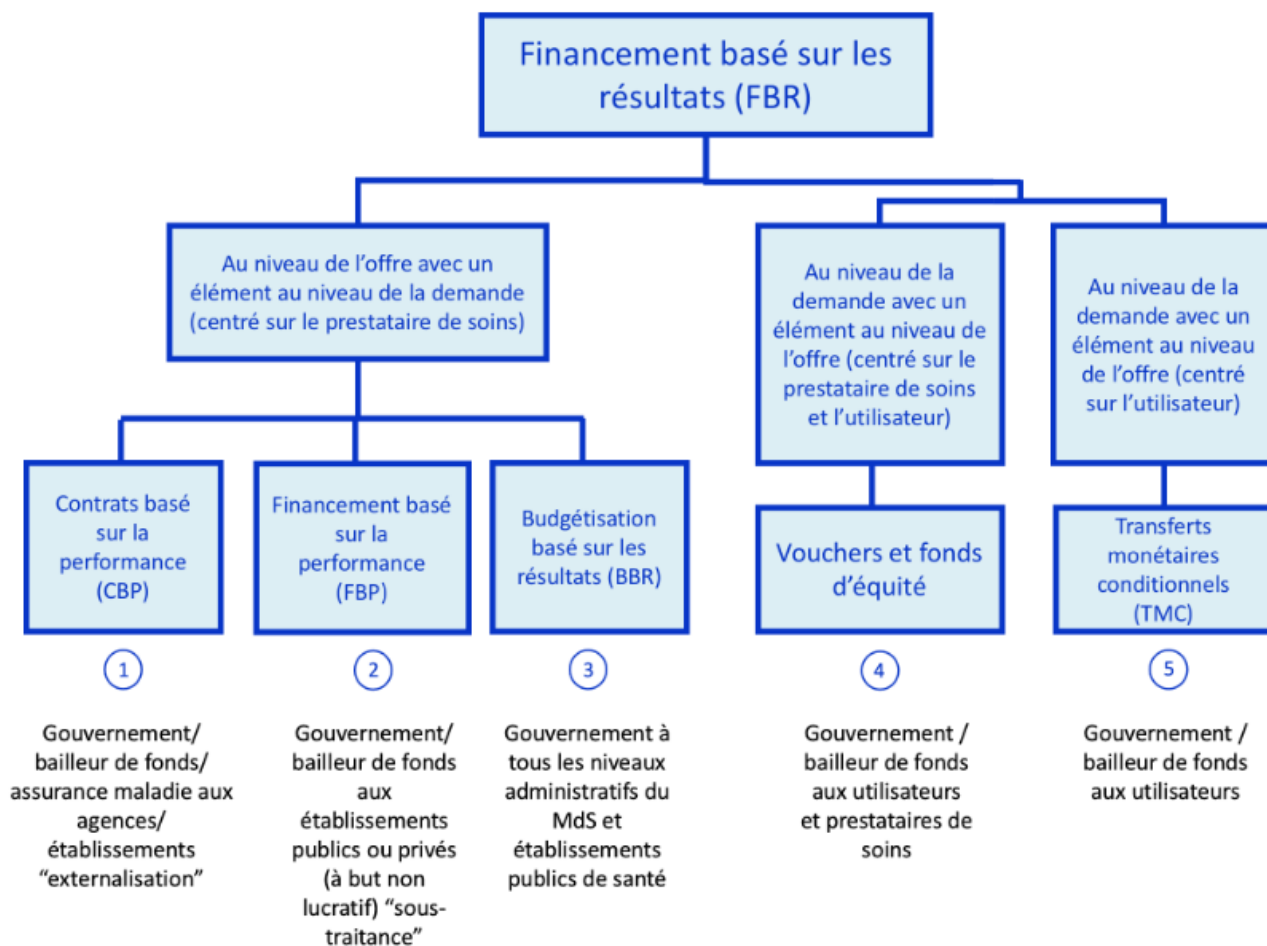
Le FBR est un terme générique couvrant un certain nombre d'instruments de financement qui alignent les incitations sur les résultats (voir Fig. 18 ci-dessous). Les types courants de FBR comprennent le financement basé sur la performance (FBP) ; les exemptions de frais d'utilisation ; des programmes de vouchers ; et les transferts monétaires conditionnels (CCT). Ces instruments de financement utilisent l'incitation financière aux prestataires de soins de santé et / ou les utilisateurs pour améliorer les résultats de santé (James, Lawson, & Acharya, 2020).

Alors que dans les pays à revenu élevé, le FBR visait dans une large mesure à améliorer la qualité des soins, dans les pays à revenus faibles et moyens (PRFM), les objectifs ont été plus larges, y compris augmenter l'efficacité allocative de la santé (en encourageant la fourniture de services hautement prioritaires et rentables); augmenter l'efficacité technique (en utilisant mieux les ressources existantes telles que le personnel de santé); et améliorer l'équité des résultats (par exemple, en encourageant l'expansion des services aux groupes difficiles à atteindre) (Witter, 2013). Ceci sous-entend que les problèmes abordés par les FBRs découlent d'un manque d'incitation, plutôt que d'autres facteurs tels que la compétence ou l'environnement professionnel. De plus le FBR permet d'assurer une source de revenu directe au niveau des centres de santé, souvent l'un des problèmes principaux à ce niveau du système de santé.

Cette approche de FBR implique aussi une capacité de l'institution qui achète les services à définir les attributs principaux de performance, à les mesurer, et à les récompenser sans créer d'effets pervers.

¹⁰ Ce projet représente la première composante du PACSU (soutien de la BM au Mali) .

Figure 18. Les différents types de FBR



Source : Gorter et al (2013)

Revue de la littérature

La littérature sur les FBR s'est multipliée ces dernières années, dont plusieurs revues systématiques évaluant leur impact dans les PRFM sur la santé maternelle et infantile (James, Lawson, & Acharya, 2020) (Witter, 2013), sur la qualité des soins de la santé maternelle et infantile (Das, Gopalan, & Chandra, 2016), ou sur leur rentabilité (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri, & Ridde, 2016), en particulier. Cette section du rapport présente les conclusions principales de ces revues scientifiques.

Considérations générales sur la littérature disponible :

- Malgré la prolifération de projets dans les PRFM, et d'articles scientifiques sur ce sujet, les résultats probants sur l'impact de ces instruments restent limités. Ceci est en grande partie dû au manque d'approches scientifiques dans l'évaluation de l'impact (James, Lawson, & Acharya, 2020) ;
- Les résultats partagés se concentrent sur les indices de production (outputs) plutôt que les résultats (outcomes) (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri, & Ridde, 2016) ;
- Les études d'évaluation sont très souvent financées par les bailleurs finançant les projets évalués, ou ont en leur sein un ou plusieurs membres de l'équipe travaillant pour l'institution finançant ces études. Il y a donc de vrai risque de biais dans les conclusions (James, Lawson, & Acharya, 2020) (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri, & Ridde, 2016).

Résultats :

- **Impact sur l'utilisation** : Les indicateurs d'utilisation sont les plus souvent mesurés et partagés : selon une revue systématique de l'impact du FBR sur la santé maternelle et infantile, onze pays ont signalé une augmentation de l'utilisation ou de la couverture en raison du FBR. Par exemple, le Rwanda a enregistré une augmentation de 23% des accouchements en institution et une augmentation de 56% et 132% des visites de soins préventifs pour les enfants de 0 à 23 mois et de 23 à 59 mois, respectivement (James, Lawson et Acharya, 2020). L'étude avec la conception la plus rigoureuse (Basinga et al. 2011), a rapporté un impact modéré du FBR sur les accouchements, correspondant à une augmentation absolue de 7%. Les données de trois autres évaluations du Burundi, de la République Démocratique du Congo (RDC) et du Rwanda vont dans des directions différentes : l'une a signalé une réduction significative des accouchements dans les établissements, une autre a trouvé peu ou pas de changement et la troisième a montré une augmentation significative des accouchements institutionnels. La majorité des études portant sur les soins anténataux, y compris la plus récente et la plus robuste, n'ont trouvé aucun impact du FBR, tandis que les résultats de deux des études pointaient dans des directions totalement opposées (Witter, Fretheim, Kessy, & Lindahl, 2012).
- **Impact sur la qualité des soins maternels** : La littérature suggère que les preuves d'impact des FBRs sur la qualité des soins maternels sont concentrées sur la qualité des processus et sur la qualité des soins anténataux uniquement. Une revue systématique de l'impact des FBRs sur la qualité des soins maternels documente aussi que ceux-ci ont généralement permis une meilleure disponibilité du personnel de santé qualifié, des médicaments et des connaissances du personnel. En revanche cette revue documente un impact négatif sur les équipements et les vaccins (Das, Gopalan, & Chandra, 2016).
- **Impact sur la motivation du personnel de santé** : Quelques résultats sur la satisfaction du personnel sont disponibles. En général, ils sont principalement positifs malgré des préoccupations exprimées sur les pressions de travail, les montants alloués considérés parfois insuffisants, l'équité du système et le manque d'informations (Witter, Fretheim, Kessy et Lindahl, 2012).

L'effet du FBR sur la motivation des agents de santé en Zambie et en RDC a été mitigé. En Zambie, il n'y a pas eu d'amélioration significative de la motivation du personnel, alors qu'il y a eu une augmentation de 14% en RDC. Cependant, l'effet en RDC a chuté de 25% 4 mois après la suppression des incitations. Le FBR au Rwanda et au Cameroun a eu un effet incitatif important en augmentant l'utilisation et la qualité des soins pour les indicateurs clés de la SMNI (James, Lawson et Acharya, 2020). Le FBR est souvent perçu comme un simple complément de salaire (au niveau individuel).

- **Rentabilité des FBRs** : Les FBRs seraient considérés comme rentables lorsque l'amélioration de la qualité ou de la quantité des soins est obtenue à des coûts égaux ou inférieurs, ou encore, lorsque la même qualité ou quantité de soins a été obtenue en utilisant moins de ressources financières. (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri et Ridde, 2016).

Les programmes FBR ont tendance à exiger environ 5% de financement supplémentaire dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), contre 30 à 40% de financement supplémentaire dans les PRFM (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri et Ridde, 2016). Le coût de la vérification notamment de ces systèmes est élevé, bien que le coût soit rarement documenté dans les revues scientifiques (Witter, 2013).

Une revue systématique de la rentabilité des FBRs dans les PRFM montre que dans l'ensemble, les preuves des évaluations économiques du FBR sont faibles pour les raisons suivantes (Turcotte-

Tremblay, Spagnolo, De Allegri, & Ridde, 2016) : (1) aucune des études n'était une évaluation économique complète ; (2) une seule étude a utilisé un essai contrôlé randomisé, mais des problèmes avec la procédure de randomisation ont été signalés ; (3) les interventions alternatives importantes pour renforcer les capacités du système de santé n'ont pas été utilisées comme comparateur ; (4) peu d'études ont examiné les coûts et les conséquences du FBR à long terme ; (5) d'importants coûts et conséquences ont été omis des évaluations ; (6) très peu de PRFM sont représentés dans la littérature, malgré une large mise en œuvre dans ces pays (Turcotte-Tremblay, Spagnolo, De Allegri, & Ridde, 2016).

- **Pérennité** – 32 pays africains ont tenté d'implémenter une forme ou une autre de paiement basé sur la performance. Trois uniquement sont passés au stade national (Burundi, Cameroun et Rwanda) ; les autres en sont à différents stades pilotes, ou ont arrêté les projets faute de ressources, ceci étant généralement lié au départ du bailleur finançant le FBR (Sierra Leone par exemple).

Tous les programmes restent dépendants des bailleurs. Les articles se penchant sur la pérennité des programmes FBR constatent que, dans l'ensemble, 'là où le leadership national est plus fort, le FBR est mieux intégré et plus conforme aux réglementations de financement de la santé et, pendant les phases de crise aiguë, peut fournir une structure et une organisation au système. Lorsque la gestion gouvernementale est plus faible, le FBR peut aboutir à un autre programme parallèle, augmentant potentiellement la fragmentation du financement de la santé et les inégalités entre les domaines soutenus par différents bailleurs de fonds'. (Jacobs, Bertone, Toonen, & et al, 2020).

Pour pouvoir espérer avoir un impact sur le long terme, le FBR devrait être *appréhendé* sur le long terme, et viser à réformer le financement du système de santé en général (James, Lawson, & Acharya, 2020). De plus, un intérêt pour la réforme doit être créé dans le pays. Simultanément, la capacité de mobiliser des ressources nationales pour le FBR doit être renforcée (James, Lawson, & Acharya, 2020). Intégrer une incitation de la demande dans l'approche du financement de la santé comme l'a fait le Rwanda peut aussi aider. Enfin, s'assurer du renforcement de la GFP pour gérer la complexité des FBRs est essentiel.

- **Les effets pervers recensés** : Les FBR peuvent aussi avoir des effets indésirables et pervers sur le système de santé, listés ci-dessous (Witter, 2013) :
 - *Distorsion* – inciter le personnel de santé à ignorer les services importants qui ne sont pas récompensés par les incitations financières, y compris des services non ciblés et des dimensions de performance plus complexes ;
 - *Tri sélectif* – concentrer les agents de santé sur les services qui offrent le plus de gains avec le moins d'effort sur d'autres qui peuvent être aussi importants ou plus importants ; cela peut également accroître l'iniquité dans certains cas (où les populations les plus pauvres sont plus difficiles à atteindre, par exemple) ;
 - *Gaming* – améliorer ou tricher dans les rapports plutôt que d'améliorer les performances
 - *Inefficacité* – des coûts d'exploitation élevés et de faibles rendements peuvent en faire un investissement médiocre ;
 - *Coercition* – si les clients subissent des pressions pour accepter un service ou se soumettre à une procédure pour augmenter les résultats mesurés par le FBR ;
 - Récompenses du fournisseur minant la motivation intrinsèque du personnel et le comportement coopératif entre le personnel.

4.2 LE FBR AU MALI – EXPERIENCES PRECEDENTES

Un premier projet pilote avait été tenté à Koulikoro entre février 2012 et Décembre 2013 (à Dioila, Fana et Banamba). Financé par la coopération néerlandaise (SNV), ce projet, appelé projet *pré-pilote*, a posé les principes d'un « FBR à la malienne », soit la prise en compte du contexte institutionnel de décentralisation administrative et sectorielle de la santé (Deville, Hane, Ridde, & Toure, 2018). Le FBR offrait 40% de bonus aux personnels de santé, et 60% aux comités managériaux. Le bonus obtenu pouvait aller jusqu'à deux fois le salaire. Le projet avait été abandonné, et jugé comme n'ayant que peu de pérennité. En effet, suite au départ des bailleurs externes, l'évaluation s'est réduite de mensuelle à annuelle, la capacité des personnels de santé a diminué avec les départs de personnel, et le manque de planification pour un futur sans bailleur a affecté négativement le projet (Seppey, Ridde, Touré, & Coulibaly, 2017).

Un second projet pilote soutenu par la BM a par la suite été implémenté entre juillet 2016 et février 2017 dans 10 districts sanitaires de Koulikoro. Ce projet est le précurseur du FBR soutenu aujourd'hui par les Pays-Bas. Dix indicateurs quantitatifs, dont 6 ayant trait à la santé maternelle et à l'accès aux soins reproductifs des femmes, et dix indicateurs qualitatifs définissent le bonus alloué aux ressources humaines et centres de santé.

Une étude sur ce projet a été menée et offre plusieurs conclusions utiles pour notre analyse (Coulibaly, Gautier, Zitti, & Ridde, 2020) :

- Le projet était perçu comme exogène, sans véritable ancrage national, ni consultation avec les acteurs locaux pendant le stade du développement du projet, le rendant peu adapté au contexte local ; il fait par exemple fi des normes sociales représentant une barrière à l'accès aux soins, ne précise pas les barrières financières, les problèmes de transport, ou les problèmes de l'offre ;
- Les indicateurs liés au soutien des femmes pour le VIH et la tuberculose sont inutiles, puisqu'aucune formation n'a été donnée au personnel de santé ; d'autres indicateurs importants pour le contexte malien en revanche tels que la malnutrition n'ont pas été inclus ;
- Les résultats montrent que les subventions FBR ont conduit les agents de santé à se sentir plus motivés pour accomplir leurs tâches dans l'ensemble. Au-delà de la motivation financière, cela était principalement dû au fait que le FBR leur permettait de travailler plus efficacement. Cependant, les répondants ont perçu un décalage entre les efforts consentis et les subventions reçues. Le fait que leurs attentes n'aient pas été satisfaites a conduit à un sentiment de frustration et de déception. De même, la manière dont les subventions étaient distribuées et le manque de transparence dans le processus de distribution ont conduit à un sentiment d'injustice chez la grande majorité des répondants. (Zitti, Fillol, Lohmann, & et al, 2021) ;
- Le FBR est perçu comme une intervention très compliquée à implémenter, aux nombreux formulaires complexes à remplir ;
- Le projet a fait face à plusieurs problèmes de logistique : les plans de monitoring étaient rarement respectés, le projet pilote a dû être écourté de 8 à 6 mois, et le deuxième paiement a connu 6 mois de délai.

Cette étude nous permet donc d'appréhender le projet de la BM de façon plus éclairée, et de réfléchir à la façon dont on peut mieux l'aligner sur les ambitions du gouvernement malien, et des Pays-Bas.

4.3 LE FBR EN PLACE AUJOURD’HUI

Caractéristiques principales

Après le pilote décrit ci-dessus, la BM et le RPB ont donc décidé d’investir dans la santé des femmes et des enfants et leur nutrition, à travers un projet FBR. Selon le manuel du FBR (Sociales, 2019), ce projet devrait permettre d’éliminer :

- Insuffisance de fonds de fonctionnement au niveau des centres de santé ;
- Insuffisance de l’autonomie des centres de santé ;
- Une mauvaise focalisation sur les résultats ;
- Une faible capacité de gestion ;
- Une insuffisance des ressources opérationnelles.

La raison principale de proposer le FBR est que ce mécanisme permet un renforcement à court terme de la qualité de l’offre de soins et services et une certaine rigueur dans la gestion des services et soins de santé. Le FBR est une stratégie particulièrement bien adaptée pour des systèmes de santé « en crise ». (hera, 2018)¹¹

Les objectifs du projet seront atteints à travers les interventions aux niveaux communautaire, primaire et central, organisées en deux sous composantes complémentaires :

- Sous composante 1 : la prestation d’un Paquet de Services de Santé par le biais du FBR, comprenant des services préventifs et curatifs, y compris, entre autres, la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, des interventions de soins et de nutrition ;
- Sous composante 2 : la réalisation d’un programme d’activités visant à: (a) renforcer le Ministère en charge de la gestion de la santé aux niveaux central, régional et de district pour faciliter la mise en œuvre de la sous-composante 1 comprenant, entre autres, assistance technique, élaboration et mise en œuvre de programmes de formation, la fourniture des biens nécessaires à cet effet; et (b) soutenir la surveillance et vérification des activités financées au titre des subventions FBR au titre de la sous composante 1 du Projet, grâce à l’engagement de vérificateurs indépendants.

Le projet couvre les districts sanitaires de la région de Koulikoro qui ont déjà l’expérience des projets pilotes FBR, trois districts sanitaires de la région de Mopti (Bankass, Bandiagara et Mopti), trois districts sanitaires de la Région de Ségou (Bla, Baraouéli et Ségou) et dix CSCOM rénovés par l’AFD dans la Région de Gao. Selon l’annuaire statistique national santé 2018, ces zones ciblées représentent environ 4.5 millions d’habitants sur 20 millions soit 22.5 % de la population, dont 731 000 enfants âgés de moins de 5 ans et environ 1 million de femmes âgées de 15 à 49 ans.

Réflexions des ESS

Une évaluation du projet a débuté (voir Annexe 5 : protocole évaluation). Il est bien sur trop tôt pour bénéficier de ces conclusions. Les ESS que nous avons entrepris mentionnent plusieurs points d’ores et déjà utiles :

Enthousiasme au niveau des structures :

¹¹ Voir (hera, Appui conseil au financement des Pays-Bas au secteur socio-sanitaire 2019-2022 - Mali, 2018) pour une explication plus approfondie du choix de FBR au Mali.

Je trouve que c'est une bonne chose. Personnellement j'ai fait une sortie sur le terrain et j'ai senti le changement (Acteur structure régionale)

Le FBR est une nouvelle vision du financement de la santé pas seulement au Mali mais dans les pays en développement. (Acteur structure centrale)

Le FBR est une bonne initiative (Acteur CSCOM/ASACO).

L'approche a contribué à l'amélioration du nombre de consultations, une meilleure hygiène des locaux. Il y a eu également une motivation des agents (Acteur CSREF).

Le FBR est une bonne initiative (Acteur CSREF)

Il nous revient qu'il donne des bons résultats sur le terrain via les ONG et Associations à la base qui font la mise en œuvre (Acteur FENASCOM)

Mais des doutes quant à sa capacité à réaliser les objectifs désirés :

Le pilote a eu beaucoup de faiblesses. Il est trop tôt de dire quelque chose. Pour le moment on a un certain nombre de questionnements en matière de cohérence des choix stratégiques. Comment le FBR va s'intégrer avec les autres initiatives : gratuité, GFF... (Acteur PTF)

Et une compréhension du système limité - à ce stade de mise en œuvre du FBR les mairies ont été peu impliquées. Au niveau des CSCOM de Tgui (Baroueli) et Massala (Segou) nous avons noté que la Mairie n'était pas signataire du contrat de performance. Dans les ESS nous avons noté au fil des entretiens que les ASACO en savaient peu comparativement aux Directeurs Techniques du Centre (DTC). C'est à Tienfala (Koulikoro) au dire du DTC qu'il y a une opposition entre ASACO et DTC. L'ASACO ne veut pas que le DTC soit impliqué dans la prise de décision concernant la gestion des fonds FBR par exemple.

Soucis de pérennité financière :

On se pose la question sur la pérennité du mécanisme (Acteur/Actrice structure centrale).

On s'inquiète aussi de la pérennité du FBR... la chose peut être bonne mais sa survie après les bailleurs peut être une autre équation (Acteur/Actrice CSREF).

Les principales difficultés sont le coût, la mise à échelle et les questions de pérennité ... (Acteur/Actrice PTF).

L'autre chose qui nous inquiète c'est la question de pérennité. Est-ce que Gouvernement aura la capacité de prendre la relève des PTF qui soutiennent actuellement la stratégie (Acteur/Actrice structure centrale).

Les questions de coût, de la généralisation et de la pérennité doivent être mieux étudiées pour mieux orienter le Ministère de la Santé. (Acteur/Actrice PTF)

Mener la réflexion sur le financement du mécanisme après la phase pilote (Acteur/Actrice CSREF)

L'autre chose qui nous inquiète c'est la question de pérennité. Est-ce que le Gouvernement aura la capacité de prendre la relève des PTF qui soutiennent actuellement la stratégie. (CANAM) (Acteur/Actrice structure centrale).

Problèmes persistants de GFP :

...c'est les retards dans le traitement des factures. Nous sommes à la validation des factures du 1^{er} trimestre 2021 alors que le reliquat des factures de 2020 n'est pas encore payé (Acteur/Actrice CSREF).

Les paiements prennent du retard lié au fait que les validations se font à la fin du trimestre (Acteur/Actrice CSREF).

Le FBR réduit ces paiements illicites...mais cela suppose qu'il y a une certaine rigueur... (Acteur ONG)

Pour ce qui est des retards, il faut tout simplement faire les validations dans la dernière semaine du trimestre au lieu d'attendre la fin du trimestre (Acteur/Actrice CSREF).

Lourdeurs administratives :

Pour le moment le système paraît lourd mais on prévoit que dans l'avenir il puisse être géré par la CANAM (Acteur/Actrice structure centrale).

On trouve le système un peu lourd (Acteur/Actrice CSREF).

Le FBR est assez compliqué dans sa forme actuelle. Les structures ont du mal à comprendre et donc à appliquer toutes les procédures.... (Acteur/Actrice structure centrale)

Premier problème : le FBR est très exigeant. Par exemple toutes les données doivent être introduites dans DHIS2 (logiciel du système d'information sanitaire) avant le 5 du mois sinon cela vous fait des points en moins sur la qualité... (Acteur/Actrice CSCOM)

Nous avons des difficultés techniques en lien avec les outils (Acteur/Actrice CSCOM/ASACO)

Les procédures du FBR sont mesquines. Nous avons besoin de temps pour mieux comprendre. Par exemple les CSCOM ont du mal à faire leur déclaration. Ce qui retarde le processus au niveau du district (Acteur/Actrice CSREF).

Les difficultés pour le moment sont la non-maîtrise du système de facturation. Il y a eu souvent des demandes de remboursement puis des reversements. Cela signifie que le système n'est pas bien maîtrisé (Acteur/Actrice CSREF).

Le FBR est assez compliqué dans sa forme actuelle.... Nous avons noté quelques difficultés notamment les problèmes d'inventaire, de coordination entre certains acteurs des problèmes d'incompréhension du mode de remplissage de certains outils etc. Tout ceci peut être lié à la jeunesse du mécanisme (Acteur/Actrice structure centrale).

Pour le moment le système est lourd. Il va falloir l'étudier de près et voir dans quelle mesure l'alléger sans tomber dans les anciens travers

Impact sur la disponibilité et motivation du personnel de santé :

... notre première facture validée s'élève à 2 millions et quelque de francs CFA... D'après les informations que nous avons des autres CSCOM, les ristournes accordées aux agents peuvent souvent atteindre 60% de leur salaire... (Acteur/Actrice CSCOM)

.... Nous avons reçu 3 versements d'un montant cumulé de 2 363 207 FCFA. Sur ce montant, des ristournes sont versées aux agents. Si on fait les estimations, un agent peut avoir un bonus atteignant 65% de son salaire (Acteur/Actrice CSCOM/ASACO).

.... Il y a eu également une motivation des agents (Acteur/Actrice CSREF)

On vous demande de fournir un certain nombre de résultats concrets en fonction desquels vous êtes rémunéré. Au niveau individuel, il y a des critères pour l'allocation des ristournes aux personnels. Désormais le personnel sait qu'il est surveillé et chaque manquement aux règles convenues vous fait perdre de l'argent (Acteur/Actrice DRS).

Nous venons de recruter une Infirmière obstétricienne (IO) pour que nous puissions bénéficier de l'achat de nos accouchements (Acteur/Actrice CSCOM/ASACO)

Ce qui me paraît important dans le FBR c'est l'autonomie de gestion des formations sanitaires (FOSA)... C'est à vous de déterminer si vous avez besoin ou non d'ordinateur... c'est à vous de décider. Personne ne le fait à votre place (Acteur/Actrice CSREF)

J'ai présentement une IO en stage chez moi au CSREF. Elle a été recrutée par le CSCOM.... De telles initiatives venaient rarement des communautés (Acteur/Actrice CSREF).

Des ASACO ont pris l'initiative de recruter du personnel qualifié. Ça c'est des choses qui amélioreront la qualité des services (Acteur/Actrice DRS)

Ça responsabilise la Direction des structures et incite à plus de performance. En tout cas c'est le principe (Acteur/Actrice structure d'appui)

Le FBR tranche avec ce qu'on faisait avant par le fait que ça donne une autonomie de gestion aux structures (Acteur/Actrice structure centrale).

Une fois les résultats achetés, les structures peuvent utiliser une partie de l'argent pour des investissements de leur choix et une partie sous forme de ristourne pour motiver le personnel (Acteur/Actrice structure centrale).

Ça incite le personnel à mieux faire, à faire plus pour gagner plus... On sait que le bonus qualité attribué à certaines structures peut atteindre 6 millions par trimestre (Acteur/Actrice structure centrale).

4.4 CONCLUSIONS, POINTS DE REFLEXION ET RECOMMANDATIONS

Vu les leçons tirées des expériences maliennes et internationales, et vu les modalités du projet soutenu par les Pays- Bas, un certain nombre de points de réflexion pour son amélioration du FBR peuvent être considérés :

Recommandations structurelles

- Le projet représentera-t-il un **investissement rentable pour le Mali** ? il est primordial d'entreprendre une évaluation économique complète, de façon scientifique et indépendante. Il sera difficile autrement pour le Mali, mais aussi pour les Pays-Bas, de juger de la rentabilité de cette approche. L'élément comparateur du FBR ne devrait pas être 'ne rien faire', mais plutôt offrir un soutien salarial direct aux travailleurs de la santé, équivalent au bonus FBR, par exemple. Le protocole de cette évaluation a été partagé par la BM et est disponible en Annex 5. Le groupe contrôle est le statu quo. Il convient de rajouter au plus vite un groupe control où le personnel de santé recevrait un top-up de salaire équivalent au bonus PBF, et un autre contrôle où il y aurait en plus de l'augmentation de salaire, une vérification entreprise.
- **Intégration dans une réflexion plus large de réforme du financement de la santé** : le FBR apporte une solution partielle au problème de manque d'achat stratégique au Mali. Or la fonction achat est hautement dépendante des fonctions mobilisation des ressources, mise en commun, mais aussi GFP. Le problème fondamental dont souffre aujourd'hui le système de santé au Mali est un manque de ressources, et un système de GFP défaillant. Le FBR ne pouvant pas résoudre ces problèmes, il est évident que sans réflexion aujourd'hui sur le moyen de financer la santé demain, y compris sur la possibilité d'une forme d'achat stratégique pouvant s'apparenter au FBR, ni sur la manière d'améliorer le système de GFPs, le départ des financeurs du FBR en sonnera le glas, comme il l'a fait dans de nombreux autres pays. Ce sujet est traité plus longuement dans le prochain chapitre.
- **Pérennité institutionnelle** – Au Mali comme ailleurs en Afrique, l'expérience FBR est largement inspirée par des acteurs extérieurs (Bertone & et al, 2018). Le manuel précise par exemple que :

*Ce manuel du FBR a été élaboré dans le cadre de l'accord de crédit entre le Gouvernement de la République du Mali et la Banque Mondiale signé le 31 mai 2019. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, certains textes pourraient être contradictoires avec les meilleures pratiques FBR. **S'il arrive qu'il y ait un conflit entre le manuel FBR et certains textes en vigueur, le manuel FBR doit être appliqué.** Si nécessaire, des exemptions/ dérogations peuvent être accordées aux structures pendant la phase de mise en œuvre du projet pour appliquer sereinement les meilleures pratiques FBR. (Sociales, 2019)*

Cette précision semblerait indiquer que le FBR a plus de poids que les textes maliens, mettant en exergue les difficultés de gouvernance d'un tel projet pour le gouvernement malien. A ce stade de mise en œuvre du FBR, les mairies ont été peu impliquées. Au niveau des CSCOM de Tgui (Baroueli) et Massala (Segou) nous avons noté que la Mairie n'était pas signataire du contrat de performance. Dans les ESS nous aussi avons noté que les ASACO en savaient peu comparativement aux DTC. Pourtant des efforts ont été consentis pour ancrer le FBR dans le système national, comme l'utilisation de la CANAM comme acheteur. Il convient de bâtir sur ces efforts pour s'assurer de l'ancrage institutionnel au niveau des Ministères concernés.

- **Reconsidérer l'approche équité du projet.** En effet, trois éléments semblent aller à l'encontre des ambitions CMU du gouvernement malien, mais aussi des Pays-Bas :
 - **Favoriser l'augmentation des recettes propres de 40 à 60%** - ceci implique une augmentation des ressources venant des ménages. Or ceci est en contradiction avec l'objectif de CMU et d'augmentation de la protection financière des ménages. Au contraire, il faudrait s'assurer qu'au niveau central plus de ressources aillent soutenir les centres de santé. Il est donc d'une importance primordiale de revoir cette clause, de réfléchir à améliorer la protection financière à travers une augmentation des ressources domestiques pour la santé, et plus largement d'avoir une réflexion sur l'espace fiscal (voir chapitre suivant).
 - Le FBR dit donner 'en général' des subsides plus élevés pour les activités avec externalités positives, se traduisant par des coûts presque nuls pour les patients, donc accessibles pour les plus vulnérables/ pauvres. Vu les problèmes de protection financière, il semble primordial d'obtenir plus de précisions de détails par rapport à ces considérations.
 - De plus, le FBR a plafonné **la proportion indigente à 10%**. Non seulement le certificat d'indigence est propice à de nombreux abus, vu le processus de définition d'indigence, mais dans un pays où plus de 42% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté en moyenne, et 90% dans les zones rurales (BM, 2019), le plafonnement à 10% semble très limité, et aléatoire.

Investir dans la GFP : les problèmes de décaissement et de gestion des finances publiques ont systématiquement limité le succès de PRODESS III (hera, 2019). Ces problèmes de paiement ont continué au sein du FBR, et ont empiré en raison des problèmes liés au COVID-19 et à la crise politique, (World Bank, 2020). Lors du pilote, le deuxième paiement avait aussi été retardé de 6 mois. Ces problèmes persistent (voir encadré ci-dessous). Il est impératif d'investir dans une réflexion des GFPs pour s'assurer que les ressources arrivent à temps aux niveaux voulus. Il a d'ailleurs été noté dans de nombreuses discussions internationales, que l'un des problèmes majeurs à l'institutionnalisation du FBR est l'impossibilité des systèmes de GFP à en gérer la complexité. Cet investissement implique : Identifier les principaux goulots d'étranglement du niveau national au niveau local en collaboration avec le Ministère de l'Economie et des Finances ; Simplifier les systèmes de paiement en analysant le potentiel des *Direct Financing Facility* - L'objectif au sein des DFF est de fournir aux établissements des fonds qu'ils peuvent gérer directement pour améliorer l'accès et la

qualité des services. Chaque établissement dispose d'un compte bancaire qui reçoit les fonds directement, les fonds étant gérés par un comité de gouvernance de l'établissement de santé sous la supervision de l'équipe de gestion du gouvernement local. L'approche garantit que les fonds atteignent la périphérie et présente l'avantage supplémentaire de rendre les prestataires de santé visibles dans le système de GFP. Cette approche a été implémentée au Kenya par exemple, et a été jugé avoir un impact positif sur les opérations des installations périphériques, à travers le financement du personnel de soutien, les activités de sensibilisation, les rénovations, les références et l'augmentation de l'activité; et améliorer la motivation, l'utilisation et la qualité des soins des agents de santé - ; Continuer à investir dans l'approche Budget Programme déjà implémentée, théoriquement, au Mali. Ceci implique aussi le besoin de soutenir les efforts d'autres PTFs d'amélioration de DHIS2.

- Adaptation au contexte national** : bien que le projet ait pris en considération certaines conclusions de la revue susmentionnée (Coulibaly, Gautier, Zitti, & Ridde, 2020), comme par exemple l'intégration d'indicateurs sur la nutrition, d'autres nuances pourraient être considérées : Les **barrières à l'accès aux soins sont essentiellement financières** (voir section 2.3 ci-dessus). Soutenir la demande en organisant un subventionnement pour les transports et autres barrières financières, ou s'assurer de la réalisation de la gratuité des soins pour les femmes enceintes, les accouchements et les enfants de moins de 5 ans est donc important pour augmenter l'impact du projet sur la santé de ces groupes cibles ; on pourrait aussi considérer le développement d'une approche pour surmonter les normes sociales représentant des barrières à la demande de santé reproductive , bien que cette barrière soit moindre. Cette réflexion doit être menée au sein du groupe de travail existant qui se penche sur la question de financement de la santé et des gratuités. Le *costing* entrepris par la BM qui sera disponible fin juin 2021 devrait servir de base à la révision de l'espace fiscal, et à son intégration dans la stratégie de financement de la santé renouvelée.

Recommandations opérationnelles

- Simplifier les formulaires à remplir, et les démarches administratives** : la complexité des formulaires ne devrait pas être sous-estimée. Ce point est ressorti dans la revue du pilote au Mali (Coulibaly, Gautier, Zitti, & Ridde, 2020), mais aussi dans nos ESS au niveau des centres de santé participant au projet (voir encadré ci-dessous). Ces formulaires utilisent le temps précieux du personnel de santé et en font des gestionnaires. De plus, l'expérience passée au Mali et à l'international suggère que le renforcement des capacités nécessaire pour apprendre à remplir ces formulaires, souvent présent au démarrage d'un tel projet, est mis à mal par le changement de personnel régulier.

Résumé recommandations

Tableau 6 Résumé des leçons et points à considérer

Leçons internationales	Leçons nationales maliennes	A considérer
Une évaluation scientifique et indépendante, utilisant un contrôle bénéficiant d'un appui financier similaire au niveau des structures de santé, est importante pour la crédibilité du projet.		Rajouter deux groupes contrôle à l'évaluation économique prévue par la BM : une avec salaire équivalent au bonus reçu, un autre ajoutant à ce salaire la même vérification que sous le FBR.

Leçons internationales	Leçons nationales maliennes	A considérer
Evaluer les résultats (<i>outcomes</i>), pas uniquement les <i>outputs</i>		Inclure des résultats dans les indicateurs de l'évaluation économique, s'ils ne sont pas déjà inclus.
Essentiel de réfléchir dès le début à la pérennité financière et institutionnelle du projet ;		S'intégrer dans un projet de réflexion national sur le système de financement de la santé (mobilisation des ressources, mise en commun et achat stratégique) au sein du groupe de travail existant.
Créer un intérêt national à mettre en place des réformes larges sur le financement de la santé.	Ancrage dans le contexte national est primordial, afin de mieux cibler les modalités du FBR ;	Mettre en place un dialogue systématique et soutenu avec le gouvernement malien (Ministères sectoriels et de l'Economie et des Finances) pour la pérennisation de l'achat stratégique, au-delà du FBR, au sein de la stratégie de financement de la santé
S'adapter au contexte national	Prendre en considération les problèmes de santé au Mali (et choisir des indicateurs adaptés) ainsi que les barrières à la demande, pas seulement à l'offre	Soutenir la gratuité des soins pour groupes cibles en révisant l'espace fiscal avec les résultats du <i>costing</i> entrepris par la BM sur les soins primaires ; Soutenir un dialogue avec la population visant à adapter les modalités du projet si nécessaire ; Reconsidérer l'approche équité du projet (besoin de financement propre et pourcentage de personnes pouvant être considérées comme indigentes).
Simplifier les formulaires – système FBR souvent trop complexe.	Lourdeur administrative à revoir ;	Réfléchir à la simplification des démarches administratives.
Retards de paiements ont un impact négatif sur la confiance dans le système FBR ;	Retards de paiements à corriger ;	Investir dans la réforme de la GFPs (Identifier les principaux goulots d'étranglement ; Simplifier les systèmes de paiement en réfléchissant au potentiel <i>Direct Financing Facility</i> ; Continuer à investir dans l'approche Budget Programme) ; soutenir les efforts d'autres PTFs d'amélioration de DHIS2.
Dialogue ouvert avec les personnels de santé essentiels ;	Dialogue avec tout personnel de santé essentiel.	Mettre en place un dialogue régulier avec les représentants des différents cadres sanitaires.

5 RECOMMANDATIONS

Nous reprenons dans ce chapitre toutes les recommandations abordées dans le rapport. Nous les avons consolidées par thème. Nous les présentons par la suite dans un tableau distinguant les recommandations réalisables dans le court terme (2021/22), et celles à considérer dans le moyen terme (2021/2025)

5.1 COHERENCE :

- a) Faciliter, en collaboration avec les trois Ministères clefs et les PTFs, une mise à jour de la liste des réformes du système au sein de PRODESS III et IV et soutenir leur mise en œuvre. (il pourrait s'agir de passer en revue les 19 réformes identifiées par la CPS et celles suggérées par la mission d'évaluation à mi-parcours de ECORYS de PRODESS III, comme la transformation de l'Agence National de l'Evaluation des Hôpitaux en Agence d'Accréditation des Hôpitaux, le renforcement de l'inspection de la santé et de la régulation, l'inclusion du secteur privé dans le système d'information, la révision des statuts de la DPM pour devenir l'Autorité de Régulation Nationale, la transformation des CSREF en hôpitaux et la formation parallèle d'Equipes cadres de district pour une meilleure supervision des CSCOM etc.).
- b) En collaboration avec les PTFs, identifier les mesures au sein de PRODESS IV que chacun pourrait soutenir, plutôt que de travailler a des projets propres :
 - Tenter de relancer la coordination des PTFs entre eux à travers le groupe technique des PTFs existant ;
 - Identifier qui des PTFs a un rôle crédible de coordination et la volonté de le faire.
 - USAID, bien que PTF important, n'est pas dans une approche de coordination et de cohérence au niveau national ;
 - Dans d'autres pays, l'OMS joue ce rôle bien que leur présence au Mali semble minime.
 - Le nouveau coordinateur P4H pourrait prendre ce rôle de coordination en main, si aucun autre PTF n'est dispose à le faire, ou n'a la crédibilité suffisante pour le faire.
- c) Renforcer l'intégration et la gestion du système socio-sanitaire en réaffirmant au plus haut niveau l'approche sectorielle du PRODESS, renforçant la gestion et la mise en œuvre du cycle de programmation du PRODESS IV ;
- d) Faciliter une harmonisation des cibles dans les différents documents stratégiques (PRODESS, GFF, MAP) à travers par exemple le groupe de coordination PTFs et la plateforme pays de la GFF;
- e) Offrir une assistance technique aux trois Ministères en charge de PRODESS IV pour sa gouvernance;
- f) Offrir une assistance technique au gouvernement malien pour une revue du projet de décentralisation pour le secteur de la santé. Si toujours jugée pertinente, offrir un appui à sa bonne réalisation.

5.2 OFFRE DE SOINS

- a) Investir dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, en particulier dans les zones rurales ;
- b) Offrir une assistance technique aux trois Ministères en charge de PRODESS IV a plusieurs niveaux :

- Travailler avec la DRH sur un plan de ressources humaines (production, rémunération et déploiement) ;
- Pousser à la création d'une structure indépendante (inspectorat) pour l'assurance qualité de la formation du personnel de santé particulièrement dans les écoles privées ;
- Développer une stratégie de régulation et d'engagement du secteur privé ;
- Développer une analyse des possibilités d'autonomie des fournisseurs de soins.

5.3 FINANCEMENT DE LA SANTE

- a) Pousser pour une remise à jour de la stratégie de financement de la santé, avec un accent particulier sur la mobilisation et mise en commun des ressources en premier lieu, et en second lieu, une stratégie d'achat moins passive, proposant une transition de l'approche actuelle à une approche stratégique, incluant le développement d'une formule d'allocation des ressources (*resource allocation formula*) permettant une distribution plus équitable des ressources. Le volet résilience de financement aux chocs divers devra être intégré à travers les trois fonctions de financement.
- b) La création d'une cellule au sein du MSHP pour son implémentation. La création de cette unité au sein du Ministère devrait aider à y ancrer ces réformes. Les PTFs disposés à soutenir ce genre d'efforts incluent la BM, la GFF et parfois FCDO, bien que ce soutien doive lui aussi être de courte durée, et le salaire de ses employés complètement intégré à la masse salariale du MSHP ;
- c) Offrir une AT au MSHP pour la mise à jour de la stratégie de financement :
 - Coordonner cette AT avec les autres PTFs – la BM, l'OMS et la GFF soutiennent souvent ce type d'effort dans d'autres pays. Seraient-ils disposés à en faire de même au Mali ? Si non, prendre les devants ;
 - Coordonner avec la MSHP pour travailler le groupe technique qui pourrait soutenir cet effort – il pourrait même être intégré au groupe technique travaillant sur la gratuité.
- d) Entreprendre une analyse de l'efficacité technique des dépenses au niveau national, donnant la priorité aux ressources humaines et médicaments.
 - Cette analyse devrait être entreprise au sein de la cellule d'implémentation de la stratégie de financement, permettant d'identifier des pistes de création de l'espace fiscale pour la santé ;
 - Cette analyse devrait être menée en collaboration avec la BM et la GFF, qui l'ont toutes deux identifiée comme importante pour le secteur de la santé.
- e) Appeler d'autres PTFs à soutenir le volet mutualisation des ressources et des risques, vital pour l'augmentation de la protection financière, mais travail de très longue haleine, et hors du domaine d'expertise du RPB ;
- f) Développer un plan de plaidoyer pour faire valider la stratégie de financement par le parlement, en collaboration avec les PTFs et le MSHP.

5.4 GRATUITE

- a) Investir dans l'élimination des barrières financières et autres au niveau de la demande :

- Pousser à la réalisation des gratuités, en particulier celle prévue pour femmes et enfants, en intégrant le groupe technique créé à cet effet, et pousser son intégration dans une stratégie de CMU, visant à éliminer tout recouvrement de coût au niveau des structures ;
 - Faire une analyse sur les barrières financières et non financières de la population cible (femmes et enfants en particulier), et pousser à leur élimination à travers des stratégies telles que subventionnement des frais de transport, campagne de communication appropriée aux différents contextes culturels sur les mérites du planning familial, par exemple ;
- b) S'assurer que le taux réel d'indigence est capture à travers des enquêtes de routine, et le recensement soutenu par le RPB. Ceci permettrait d'avoir une meilleure visibilité des besoins en Gratuité de la population en général, plutôt que de se limiter aux groupes cibles, ou à un pourcentage aléatoire de personnes pouvant bénéficier de la gratuité ;
- c) Demander à ce que l'Ambassade intègre le groupe de travail menant la réflexion nationale sur le système de financement de la santé et la gratuité des soins (mobilisation des ressources, mise en commun et achat stratégique) ;
- d) Ouvrir un dialogue avec les trois Ministères en charge de PRODESS IV pour intégrer un addendum pour inclure les gratuités existantes ;
- e) Développer, au sein du groupe technique intégré par l'Ambassade, un *policy brief* sur la gratuité et comment en réaliser les objectifs :
- La structure pourrait être :
 - Les problèmes d'accès aux soins au Mali ;
 - La gratuité comme solution – groupes cibles et coût associé à cette gratuité ;
 - Les sources de financement possibles.
 - Développer une stratégie plaidoyer pour la gratuité qui inclurait :
 - Vision ;
 - Objectifs ;
 - Mapping des alliés : nous savons d'ores et déjà que l'UNICEF est un allié clef pour la gratuité, au niveau global et au niveau du Mali ;
 - Mapping des groupes/ institutions résistantes à la gratuité : entre autres les Ministères et directions au sein des trois Ministères PRODESS ne soutenant pas la gratuité ;
 - Approches : celles-ci incluraient, entre autres, préparer un *policy brief* sur la gratuité visant à convaincre les institutions résistantes.

5.5 REVISIONS DU FBR

Tous les points ci-dessous devront être entrepris avec la cellule BM/ FBR dans le pays (Lead programme).

- Volet opérationnel
 - a. Réfléchir à la simplification des démarches administratives en collaboration avec l'équipe de la BM dans le pays;

- b. Il est probable que la BM ait des réticences à accepter les adaptations au FBR. Il sera donc bon de présenter ces conclusions comme une plateforme de dialogue, basée sur une revue de la littérature internationale, et en aucun cas idéologique. Des réunions individuelles avec le Task Team Leader (TTL) de la BM, puis avec la Cellule de Management du projet à Bamako, vont donc être nécessaires ;
- Volet structurel
 - c. Reconsidérer l'approche équité du projet :
 - L'impact négatif du recouvrement des coûts sur l'accès aux soins de la population est reconnu. La demande de financement propre de 40 à 60% des structures de santé est donc à revoir. Ceci implique une modélisation du coût de la réduction de cette attente financière, et une réflexion de la part de la BM et du RPB sur les sources alternatives de financement ;
 - Le taux d'indigence de 10% maximum définit au sein du manuel FBR n'est pas représentatif du taux d'indigence national. Une modélisation d'une augmentation du taux d'indigence accepté au niveau des structures serait nécessaire, suivi d'une réflexion par le RPB et la BM sur les sources alternatives de revenu pouvant couvrir ces coûts additionnels ;
 - d. Travailler avec la BM et l'équipe en charge de l'évaluation économique du FBR à la révision du protocole d'évaluation et au rajout de deux groupes contrôles – un premier assurant une augmentation du salaire des personnels de santé équivalent au bonus reçu à travers le FBR, un second rajoutant à cette augmentation de salaire le même système de vérification mis en place pour le FBR. Cette discussion a déjà été amorcée entre le *Technical Team Lead* (TTL) de la BM et le consultant du RPB et est envisageable. Il faut donc continuer cette conversation au plus vite, et demander cette révision ;
 - e. Intégration du FBR dans une réflexion d'achat stratégique plus large, au sein de la stratégie de financement susmentionnée ;
 - f. Renforcer de façon systématique l'ancrage institutionnel du FBR au niveau national et, crucialement, local. Ceci implique un travail de coordination entre les ASACO, les CSCOM et avec les mairies concernées par le FBR ;
 - g. Adapter le FBR au contexte national à travers un soutien de la demande, et en particulier un renforcement de la gratuité des soins, ainsi qu'un subventionnement des coûts de transports (couverts dans la recommandation gratuité).

5.6 INVESTIR DANS LA REFORME DE LA GFP

- a. Les principaux goulots d'étranglement du niveau national au niveau local ont été identifiés au sein de la *Public Expenditure Review* ; ce dossier est pris en charge par d'autres PTFs (BM en particulier). Il ne convient donc pas pour le RPB de faire une autre analyse mais plutôt de coordonner avec la BM sur le suivi de cette analyse, et de soutenir si nécessaire.
- b. Le besoin de ressources au niveau des structures de santé est aigue. Outre le FBR, il convient de mener une réflexion sur d'autres approches pour leur assurer un fonds de roulement, telles que les *DFF*.
- c. Continuer à investir dans l'approche Budget Programme déjà implémentée, théoriquement, au Mali ;

- d. Pour « contourner » les difficultés de gestions qui ont entravé l'appui au PRODESS III, le RPB pourrait faciliter la mise en place d'un pot commun à travers une agence fiduciaire pour mettre en œuvre les reformes

5.7 INFORMATIONS SANITAIRES

Soutenir les efforts en cours pour améliorer la quantité et qualité des données disponibles au sein du DHIS2 (y compris la prise en compte les données des structures privées à but lucratif), sans lesquelles aucune tentative d'achat stratégique ne peut être entreprise.

- En particulier, la GFF évalue la disponibilité des données pour les indicateurs incluent dans le cadre de résultat associé au dossier d'investissement (avec le soutien technique du consortium OPM). Les résultats de cette évaluation sont partagés au sein de la plateforme pays coordonnée par la GFF ;
- La troisième partie de PACSU couvre un soutien des informations sanitaires. Il convient peut être de soutenir cet effort.

Tableau 7 Tableau récapitulatif des recommandations à entreprendre dans les court et moyens termes

Thèmes	Court terme (2021/22)	Moyen terme (2021/2025)
Cohérence	5.1.a 5.1.b 5.1.c 5.1.d	5.1.e 5.1.f
Offre de soins		5.2.a 5.2.b
Financement de la santé	5.3.c 5.3.f	5.3.a 5.3.b 5.3.d 5.3.e
Gratuité	5.4.a 5.4.c 5.4.d 5.4.e	5.4.b
FBR	5.5.a 5.5.b 5.5.c 5.5.d	5.5.e 5.5.f
GFP	5.6.a	5.6.b 5.6.c 5.6.d
Informations sanitaires		5.7

6 CONCLUSIONS

Le Mali a besoin de soutien immédiat et stratégique pour son système de santé, et la population ne peut attendre une amélioration de la situation sécuritaire, économique ou sanitaire. L'appui du RPB en tant que bailleur, mais aussi en tant qu'avocat auprès des autres PTFs, est donc essentiel. Tous les piliers du système de santé requièrent un renforcement. Aborder l'urgence sanitaire à travers le financement de la santé (soit avec un projet FBR, ou un soutien plus stratégique de long terme) est une avenue justifiable, vu les besoins dramatiques au Mali en ressources financières.

Certes le gouvernement peut faire des efforts supplémentaires pour financer la santé, la CMU et les gratuités, tant au niveau d'une augmentation budgétaire, ou à travers une amélioration de l'efficacité technique. Pourtant il ne fait aucun doute que le soutien financier et technique des PTFs restera une priorité essentielle à l'amélioration des indicateurs de santé, et à la réalisation des ambitions de CMU.

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES CLEFS INTERVIEWEES

Liste des personnes rencontrées		
N°	Prénoms & Nom	Structure
1	Ousmane Traoré	ASDAP
2	Faly Keita	
3	Boubacar Traoré	
4	Noortje Verhart	Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Mali
5	Boubacar Diabaté	DFM Ministère de la santé
6	Oumar Bah	FENASCOM
7	Moussa Dembélé	
8	Dr Issa Traoré	CPS
9	Dr Moussa Yattara	PACSU Cellule Technique Nationale FBR
10	Dr Oumou Diarra Spécialiste National FBR	
11	Dr Moussa H Traoré	PSI Mali
12	Oumar N Keita	CSREF Barouéli
13	Lassana Diarra	
14	Myriam Pierre-Louis Première Secrétaire Coopération	Ambassade du Canada au Mali
15	Charlotte Le Jeune	CHAI
16	Sekou Diarra	CSCOM Tigui
17	Harourana Diallo	
18	Fanta Fané	
19	Dr Modibo Traoré	DRS Ségou
20	DR Togo Aky	CSCOM/ASACO Massala
21	Hadji Coulibaly	
22	Issa Ben Zakour	CSREF Ségou
23	Aliou Traoré	Ministère de la Promotion de la Femme de la Famille de l'Enfant
24	DR Sidi Niaré	CSREF Koulikoro
25	Dr Soukaina Moussa	DRS Koulikoro
26	Dr Amina Coulibaly	CSCOM Tienfala
27	Dr Abdoulaye Guindo	Direction Générale de la santé et de l'hygiène Publique (DGSHIP)
28	Dr Ba Nahé Camara	CANAM
29	Dr Keita Fadima Tall	Programme National VBG
30	Dramane Dao	CGIC
31	Supriya Madhavan	Point Focal GFF
32	Patrick Hoang-Vu Eozenou	TTL Banque Mondiale
33	Mariam Namogo	Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Mali
34	Namory Traoré	Officier de liaison GFF

ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS

Introduction générale

Bonjour, je m'appelle **Aguibou Coulibaly** et je travaille avec hera au compte de l'Ambassade du RPB. Je suis avec d'autres collègues de Héra qui, pour des raisons liées au COVID 19 n'ont pas pu être là physiquement mais ils seront en ligne pour participer à cette entrevue. Nous travaillons dans le cadre d'une étude sur l'appui du RPB au PRODESS III. Nous interrogeons actuellement les personnes qui, selon nous, connaissent bien [La problématique du financement de la santé au Mali].

L'entretien est prévu pour prendre environ 60 mn.

Notre objectif est de tirer parti de vos connaissances et de votre expérience pour proposer un meilleur soutien du RPB au PRODESS et au financement de la santé.

Evidemment vous être libre de participer ou non.

Si vous acceptez d'être interrogé, nous pouvons vous assurer que toutes les informations que vous nous communiquerez resteront confidentielles. Nous ne pouvons rien vous donner en échange de votre participation mais le temps que vous nous accorderez et vos réponses sont d'une grande importance pour nous.

Vous pouvez également arrêter l'entretien quand vous le souhaitez.

Avez-vous des questions ? Souhaiteriez-vous être interrogé ?

1. Oui 2. Non

Niveau structures de conception et d'appui (services centraux et régionaux des Ministères -DFM, CPS, Direction de la santé, Responsable budget santé au sein du Ministère des Finances (MdF).....), Niveau du Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, Niveau Partenaires Techniques et Financiers santé (PTF santé) (WB, WHO, CANADA USAID, GFF)

Introduction

.....

Lors de cet entretien, nous voudrions vous poser des questions sur les thèmes suivants

- Les ambitions du gouvernement malien en matière de santé en général, et en matière de santé reproductive en particulier, les priorités en matière de financement ainsi que les mécanismes de financement existant ;
- L'état des lieux du financement de santé en général, et de la santé reproductive en particulier ;
- L'aide hollandaise dans le financement de la santé ;
- Les leçons nationales sur le PBF au Mali.

LES AMBITIONS DU GOUVERNEMENT MALIEN EN MATIERE DE SANTÉ EN GENERAL, ET SANTÉ REPRODUCTIVE ET DROITS A LA SANTÉ REPRODUCTIVE EN PARTICULIER, LES PRIORITES ET MECANISMES DE FINANCEMENT

- Selon vous, quelles sont aujourd'hui les **ambitions (et priorités)** du gouvernement malien en termes de santé en général, et santé reproductive et droits à la santé reproductive en particulier (*Pour mémoire : objectifs prioritaires, Cibles prioritaires, zones prioritaires etc.*)
Quels sont les plus gros problèmes à surmonter pour atteindre ces ambitions ?

- Quelles sont selon vous les **ambitions (et priorités)** du gouvernement En matière de financement de la santé en générale et de la santé Reproductive en particulier (*Pour mémoire : notamment en termes volume du financement, en termes de part des acteurs dans le financement, en termes d'aspirations/souhait en matière de modèles d'alignement des partenaires pour l'efficacité de l'aide, Coordination de l'aide, etc.*)
Quels sont les plus gros problèmes à surmonter pour atteindre ces ambitions ?

ETATS DES LIEUX DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU MALI

- Pouvez-vous me parler des difficultés/goulots d'étranglement au niveau de :
 - La collecte des contributions – quels sont les problèmes majeurs ?
 - La mise en commun – il y a une certaine mise en commun des ressources à travers des assurances ou mutuelles, mais le niveau de couverture est faible. Pourquoi et que faire selon vous pour surmonter ce problème ?
 - Le financement des services (achat des services) y-a-t-il fragmentation de l'achat des services ? comment sont payes les prestataires au niveau primaire et secondaire ?
 - La gestion des finances publiques : y-a-t-il problèmes d'exécution budgétaire, et si oui pourquoi ? les ressources arrivent-elles aux centres de santé ? y a-t-il des différences dans le territoire ?
- Quelles solutions préconisez-vous pour surmonter les différentes difficultés

LEÇONS NATIONALES SUR LE PBF pour le DSSR AU MALI

Le financement basé sur la performance (FPB) est l'un des mécanismes de financement de la santé retenu dans le PRODESSIII ainsi que dans PRODESS IV.

- Que pensez-vous du PBF pour le DSSR au Mali ? et pour la santé en général ?
- Pourquoi selon vous a-t-il été choisi comme mécanisme d'achat de services ?
- Quelles sont les difficultés/goulots d'étranglement dans le FBP ?
- Quelles sont les solutions selon vous pour surmonter ces difficultés ?

LE FINANCEMENT DU ROYAUME DES PAYS-BAS et L'AIDE A LA SANTÉ

Le Royaume des Pays-Bas a opté pour un appui au mécanisme FBP à travers la Banque Mondiale.

- Quels sont selon vous les conséquences d'une telle décision ? vous semble-t-elle judicieuse ? pourquoi ?
- Comment l'aide hollandaise pourrait-elle être un catalyseur du changement dans le domaine des DSSR, et du financement de la santé ?
- Par quels mécanismes l'Etat collecte-t-il la contribution des partenaires au développement pour assurer le financement de la santé ? Quels problèmes sont à surmonter pour améliorer ces contributions ?
- Comment se fait la coordination des contributions des différents partenaires au niveau du Ministère de la Santé et au niveau du gouvernement ? qui coordonne ? comment ? quels problèmes devraient être surmontés pour améliorer cette coordination ?
- Par quels mécanismes les fonds collectés sont-ils mis à la disposition des différents niveaux du système de santé (régions, districts sanitaires, aires de santé etc.) pour le financement de leurs activités ?

Niveau des structures partenaire du RPB

ASDAP et PSI Mali

Introduction :

.....

Vous êtes partenaire du RPB et vous recevez de lui un financement pour des actions dans le domaine de la SR/DSSR. Au cours de l'entretien, j'aimerais aborder avec vous les thèmes suivants :

- L'aide hollandaise dans le financement de la santé en général et de la santé reproductive et VBG en particulier
- Votre opinion sur le PBF au Mali

L'AIDE HOLLANDAISE DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN GENERAL ET DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET VBG EN PARTICULIER AU MALI

- Le Mali connaît ces derniers temps des pressions de la part de certains groupes conservateurs/Religieux pour tout ce qui touche les DSSR et les VBG. Dans quelle mesure votre partenariat avec le RPB prend en compte cette dimension ? (Disponibilité d'actions et de fonds pour cibler les groupes conservateurs-synergie d'action avec le Ministère de la Femme etc.)
- Dans quelle mesure les besoins des populations à la base sont pris en compte dans votre partenariat avec le RPB ?
- Comment votre intervention sur le terrain s'inscrit en termes **de synergie et non de duplication** de ce que l'Etat effectue au niveau des différents échelons du système de santé ?
- Que souhaitez-vous voir changer et comment dans votre collaboration avec le RPB, et dans le travail que vous entreprenez pour améliorer la qualité des soins des femmes ?

VOTRE OPINION SUR LE PBF AU MALI

Le Ministère de la Santé en partenariat certains acteurs appliquent dans certains districts l'approche de financement basé sur la performance (FBP).

- Avez-vous connaissance de cette approche ?
- Selon vous dans quelles mesures le FBP a amélioré/pas amélioré l'accès des cibles aux services de santé reproductive ?
- Quelles sont les difficultés/goulots d'étranglement dans le FBP et
- Quelles sont les solutions selon vous pour surmonter ces difficultés ou qu'est-ce qui pourrait être fait différemment pour plus d'efficacité et d'efficience du système ?

Niveau de la société civile :

Fédération des ASACO (la FENASCOM)

Introduction :

.....
Au cours de l'entretien, j'aimerais aborder avec vous les thèmes suivants :

- Etat des lieux du financement de la santé au Mali,
- Les leçons nationales sur le PBF au Mali

LE CONTEXTE DE DROIT A LA SANTÉ REPRODUCTIVE POUR LES FEMMES MALIENNES

- Quels sont les plus gros problèmes, les plus grosses difficultés auxquels doivent faire face les femmes pour avoir droit à la santé ? y a-t-il des différences entre régions ? lesquelles ?
- Quelles solutions préconisez-vous pour surmonter les différentes difficultés ?

LEÇONS NATIONALES SUR LE PBF AU MALI

Le financement basé sur la performance (FPB) est l'un des mécanismes de financement de la santé retenu dans le PRODESSIII ainsi que dans PRODESS IV.

- Que pensez-vous du FBP au Mali ? avez-vous déjà travaillé avec ce système, ou l'avez-vous rencontré dans vos activités ?
- Si vous connaissez le FBP, selon-vous, permet-il de surmonter les problèmes de financement de la santé ? permet-il de surmonter les problèmes de droit à la santé reproductive pour les femmes ? pourquoi ?
- Quelles sont les solutions selon vous pour surmonter ces difficultés ? Que feriez-vous différemment ?

Niveau structures de mise en œuvre (CSREF, CSCOM/ASACO,)

Introduction

.....
Au cours de l'entretien, j'aimerais aborder avec vous les thèmes suivants :

- Etat des lieux du financement de la santé au niveau de votre district/aire de santé,
- Les leçons que vous avez apprises sur le PBF au niveau de votre district/aire de santé

FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU NIVEAU DE VOTRE DISTRICT/AIRE DE SANTÉ

- Pouvez-vous me parler du (ou des) mécanismes par le(s)quel(s) les fonds sont mis à votre disposition pour assurer le financement de vos activités de santé ?
- Comment jugez-vous ce mécanisme en termes d'efficacité et d'efficience :
 - Obtention des ressources à temps/en retard...
 - Facilité/complexité des procédures....
 - Transparence...
 - Autres....
- Comment se fait le dispatching des ressources aux structures qui sont sous votre responsabilité ? Quelles appréciations faites-vous de ce mécanisme en termes d'efficacité et d'efficience
- Pouvez-vous me parler des difficultés/goulots d'étranglement au niveau du financement des services à votre niveau
- Quelles solutions préconisez-vous pour surmonter les différentes difficultés ? -Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment-

LEÇONS NATIONALES SUR LE PBF AU MALI

Votre district/aire de santé a bénéficié il y a quelque temps du mécanisme de financement basé sur la performance (FPB).

- Selon vous dans quelles mesures le FBP a amélioré/pas amélioré l'accès des cibles aux services de santé
- Quelles sont les difficultés/goulots d'étranglement dans le FBP et
- Quelles sont les solutions selon vous pour surmonter ces difficultés ou qu'est-ce qui pourrait être fait différemment pour plus d'efficacité et d'efficience du système ?

ANNEXE 3 : MODELISATION GRATUITE (VOIR DOCUMENT EN PIECE JOINTE)

ANNEXE 4 : NOTES GROUPE DE TRAVAIL RATUITE

16 Février 2021 | 10h – 12h

Ordre du jour	Mise en place et mandat du groupe de travail sur la Gratuité Ciblée
Lieu	DESR (avec participants sur Zoom)
Participants	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Koné, DESR (Président) 2. Marietta Mounkoro, UNICEF nutrition 3. Samba Diarra, UNICEF santé 4. Mansour Sy, Santé Sud 5. Youssouf Keita, RSS – CHAI 6. Christian Rusangwa, MUSO 7. Aissata Maiga, MUSO 8. Ousmane Diallo, PACSU (en ligne) 9. Jean Claude Taptue Fotso, BM (en ligne) 10. Dominique Rouleau, RSS – CHAI 11. Dr. Boubacar Daou, PACSU (en ligne) 12. Mme Diané Dalla Magassouba PACSU (en ligne) 13. Dr Antandou Telly PACSU (en ligne)
Introduction	Après un tour de table, cette première réunion a abordé la mise en place du groupe, son fonctionnement et mandat, ainsi que d'autres points de divers.
Résumé des points clés	
	<p>Composition du groupe : Il a été convenu d'inclure dans le groupe de travail une liste d'institutions / organisations pour les réunions de travail hebdomadaires. Cette liste inclue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DESR (présidence du groupe) • UNICEF • MUSO • Banque Mondiale/PACSU • RSS-CHAI (Fonds Mondial / • Santé Sud • USAID • OMS • UNFPA <p>Mandat du groupe task force Gratuité sera chargé de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partager tous les documents relatifs aux expériences des différents PTF; • Faire une présentation introductive des scénarii de l'atelier de Ségou (à partir du diapo 16); • Proposer deux scénarii de financement (sur les 3 présentés) et deux scénarii de mise en œuvre (sur les 5 présentes) au sein du groupe; • Trouver le bon ancrage entre les différentes études (UNICEF, Banque Mondiale, MUSO) • Apporter un appui conseil au par le Cabinet du MSHP pour une prise de décision par rapport au scénario idéal; • Diligenter la validation politique du document de la Gratuité de l'atelier de Ségou. • (2) accompagner la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel. <p>Fonctionnement du groupe Les réunions se tiendront en présentielle, avec au moins un ou deux représentants par organisation. Afin d'accélérer le travail, les réunions se tiendront de façon hebdomadaire, tous les mardis à partir de 10h précises dans la salle de réunion de la DGSHP</p>
Divers	

<i>Prochaines étapes</i>	<ul style="list-style-type: none">• Traduire en français les derniers documents des consultants • Lecture critique des documents avant la rencontre du mardi 23 Février<ul style="list-style-type: none">➤ Prochaine réunion : Mardi 23 février 2021, à la salle de réunion de la DESR.
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE 5 : PROTOCOLE D’EVALUATION (VOIR DOCUMENT EN
PIECE JOINTE)

BIBLIOGRAPHIE

- Bertone, M., & et al. (2018). PBF in three humanitarian settings: principles and pragmatism. *Conflict and Health*, 12:28.
- BM. (2021). *Public Expenditure Review*. Banque Mondiale.
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T., & Ridde, V. (2020). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali: what can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18:54.
- Das, A., Gopalan, S., & Chandra, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 16:321.
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., & Toure, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018*. Paris: CEPED Working Paper 40.
- ECORYS. (2017). *Evaluation a mi parcours du Programme de Developpement Socio-Sanitaire (2014-2018) PRODESS III*. Ecorys.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health system performance*. Open University Press.
- GFF. (2020). *Dossier d'investissement*. Bamako: GFF.
- hera. (2018). *Appui conseil au financement des Pays-Bas au secteur socio-sanitaire 2019-2022 - Mali*. hera.
- hera. (2019). *évaluation semestrielle de la mise en oeuvre des reformes du PRODESS III*.
- IMF. (2020). *Staff Report Mali*. IMF.
- Jacobs, E., Bertone, M., Toonen, J., & et al. (2020). Performance-Based Financing, Basic Packages of Health Services and User-Fee Exemption Mechanisms: An Analysis of Health-Financing Policy Integration in Three Fragile and Conflict-Affected Settings. *Appl Health Econ Health Policy*, 801-810.
- James, N., Lawson, K., & Acharya, Y. (2020). Evidence on result-based financing in maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *Global Health Research and Policy*, 5:31.
- Jordi, E., Pley, C., Jowett, M., Jaoude, G., & Haghparast-Bidgoli, H. (2020). Assessing the efficiency of countries in making progress towards universal health coverage: a data envelopment analysis of 172 countries. *BMJ Global Health*.
- Kutzin, J., Cashin, C., & Jakab, M. (2010). *Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition*. Geneva: WHO.
- Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). *L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés. Résumé des discussions d'experts et de praticiens*. Geneva: WHO.
- Mathauer, I., Koch, K., Zita, S., Murray, A., Bito, B., & Brikci, N. (2019). Revenue-raising potential for UHC in Benin, Mali, Mozambique and Togo. *Bull. of WHO*, 620-630.

- McIntyre, D., & Meheus, F. (2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Economics, Policy and Law*, 125-137.
- McPake, B., Brikci, N., Schmidt, A., Cometto, G., & Araujo, E. (2011). Removing user fees: learning from international experience to support the process. *Health Policy and Planning*, vol 26.
- MEF. (2017). *Plan de réforme de la gestion des finances publiques au MALI (PREM) 2017-2021*. Bamako: MEF.
- MSHP. (2017). *Strategie Nationale de Financement de La Sante pour la Couverture Sanitaire Universelle*. Bamako: Republique du Mali.
- MSHP. (2018). *Enquete de la Sante des Menages*.
- MSHP. (2019). *PRODESS IV*. Bamako: MdS.
- MSHP. (2020). *Cartographie des Ressources de la sante de la reproduction, de la mere, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition*. Bamako: MdS.
- Munos, M., & Dicko, B. (2017). *Etude des déterminants de l'accès et de l'utilisation des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel q*.
- OMS. (2010). *World Health Report - Health financing: the path to UHC*. Geneva: WHO.
- Rep du Mali. (2020). *Mali Action Plan*.
- Republique du Mali. (2019). *Rapport 2019 sur la Performance de la Gestion des Finances Publiques sur la période 2016-2018 selon le cadre méthodologique PEFA 2016*. Bamako: Republique du Mali.
- Sepey, M., Ridde, V., Touré, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13:86.
- Simaka, K., & et al. (2017). *Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du centre de santé communautaire de Lassa en commune IV de Bamako*. Mali Sante Publique.
- Sociales, M. d. (2019). *MANUEL OPERATIONNEL DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE*. Republique de Mali.
- Tchiombiano, S., Yaouaga, F., Prévalet, A., & M'baye, E. (2012). *Émergence, formulation et mise en œuvre au niveau national des politiques d'exemption de paiement des soins de santé au Mali : synthèse du volet institutionnel*. Bamako: Miseli.
- Toure, L. (nd). *Les politiques d'exemption du paiement des soins au Mali*. Bamako: Miseli.
- Turcotte-Tremblay, A., Spagnolo, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6:30.
- Witter, S., Kessy, F., Fretheim, A., & et al. (2009). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low and middle-income countries. *Cochrane Review*.
- Witter, S. (2013). *Pay for performance for strengthening delivery of sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries: Evidence synthesis paper*. DC: World Bank.
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F., & Lindahl, A. (2012). *Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low and middle-income countries*. Cochrane Library.
- World Bank. (2020). *PACSU*. DC: World Bank.

Zeng, W., Yao, Y., Barroy, H., Cylus, J., & Li, G. (2020). Improving fiscal space for health from the perspective of efficiency in low- and middle-income countries: What is the evidence? *Journal of Global Health*.

Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J., & et al. (2021). Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration?. *Glob health res policy*.