



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2010-2015

MALI



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008–2013

MALI

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008–2013

Mali

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1232 (NLM Classification: WA 540 HM45)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	IV
PRÉFACE	V
RÉSUMÉ	VII
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT	3
2.1 Profil du pays	3
2.2 Profil sanitaire	4
2.3 Santé et défis de développement	6
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	12
3.1 Flux de l'aide et cadre de dépenses	12
3.2 Principaux partenaires dans le secteur santé	13
3.3 Mécanismes de coordination et de suivi	15
SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	17
4.1 But et mission	17
4.2 Fonctions essentielles	17
4.3 Domaines prioritaires du programme mondial d'action sanitaire.....	18
4.4 Priorités au niveau mondial	18
4.5 Priorités au niveau régional	19
4.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau pays	20
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AU MALI	21
5.1 Interventions de l'OMS	21
5.2 Appui du Siège, du Bureau régional et de l'équipe inter pays	22
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE MALI	23
6.1 Lutte contre les maladies transmissibles	24
6.2 Santé de la femme et de l'enfant	25
6.3 Promotion de la santé, environnement sain	26
6.4 Gestion du système de santé	28
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE	30
SECTION 8 SUIVI ET ÉVALUATION	31
CONCLUSION	32
ANNEXES	33

ABRÉVIATIONS

ARP	: Autorité de réglementation pharmaceutique
ASACO	: Association de Santé communautaire
BAD	: Banque africaine de développement
BID	: Banque islamique de Développement
CNTS	: Centre national de Transfusion sanguine
CSCOM	: Centres de Santé communautaire
CSCR	: Cadre stratégique pour la croissance et de réduction de la pauvreté
FMPOS	: Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	: Fonds Mondial de lutte contre les Sida, la tuberculose et le paludisme
GIVS	: Vision et stratégie mondiale pour les vaccins et la vaccination
GPN	: Global Management System
HACT	: Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources
IHP+	: International Health Partnership
NEPAD	: Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PDDSS	: Plan décennal de Développement sanitaire et social
PEV	: Programme élargi de Vaccination
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNUAD/UNDAF	: Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement pour le Mali
PTE	: Pays pauvre très endetté
PRODEC	: Programme de Développement de l'Education et de la culture
PRODEJ	: Programme du Développement de la Justice
PRODESS	: Programme de développement sanitaire et social
PTF	: Partenaire technique et financier
RBM	: Initiative Roll Back Malaria
RSI	: Règlement Sanitaire International
SCP OMS	: Stratégie de coopération de l'OMS
SISS	: Système d'information sanitaire et social
SNISE	: Système national intégré de Suivi et Evaluation
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSP	: Soins de Santé primaire
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/Sida	: Virus Immunodéficient Humain- Syndrome Immunodéficient Acquis

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique



RÉSUMÉ

La deuxième Stratégie de Coopération de l'OMS avec la République du Mali, s'inscrivant dans les grands changements intervenus dans le monde en général, et à l'OMS en particulier, couvre une période de 6 ans (2008-2013).

Au Mali, malgré les progrès réalisés en matière de développement sanitaire, ces dernières années, les indicateurs de santé de la population, sont encore préoccupants et l'environnement est caractérisé par le faible accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base, ainsi que les conditions d'hygiène précaires.

Face à certains défis d'actualités telles que la qualité des services, la mise à échelle de la mutualisation, la fidélisation du personnel technique en milieu rural, l'harmonisation et l'équité dans la distribution de l'aide, la deuxième stratégie de coopération de l'OMS, (SCP OMS/Mali), avec la République du Mali, a saisi d'importantes opportunités offertes par le partenariat national et international dans le secteur de la santé.

A partir de l'analyse du profil sanitaire, de l'examen attentif des priorités nationales, d'entretiens avec les principaux cadres nationaux et des partenaires du secteur de la santé et d'un atelier de consensus, les axes proposés ici, reprennent les grands domaines d'action de l'OMS, notamment : la lutte contre la maladie transmissible, la lutte contre les maladies non transmissibles, la santé environnementale et la promotion de la santé, la santé de la femme et de l'enfant, la gestion du système de santé. Un accent particulier sera mis aussi sur la coordination des intervenants et les situations d'urgence, et l'OMS continuera à assumer la coordination des partenaires, dans le domaine de la santé et d'un cadre concerté des Nations Unies.

Cette nouvelle stratégie de coopération intervient dans un environnement en mutation qui met l'accent sur des réformes importantes liées à la mise en œuvre du « One UN » et aux Déclarations de Rome et de Paris ainsi que sur différentes initiatives internationales de partenariat pour la santé. Ce nouveau contexte demande ainsi une meilleure coordination des interventions et du partenariat.

Compte tenu de son mandat, l'OMS mettra en œuvre des stratégies qui répondent à l'accomplissement de ses fonctions essentielles. La mise en œuvre de l'agenda stratégique, se fera de manière conjointe pour l'Organisation toute entière, et ceci, à travers les plans de la période biennale 2008-2013, la mobilisation de ressources en dehors du budget ordinaire.

Le Bureau de pays sera en contact permanent avec l'équipe inter pays, le Bureau régional et le Siège pour bénéficier des fonds extrabudgétaires, mobilisés à leur niveau. De son côté, le Bureau de pays redoublera d'efforts pour une mobilisation locale de ressources supplémentaires. Pour permettre au Bureau de pays d'améliorer en permanence, la qualité de travail et de bénéficier de certains transferts de compétences requises pour le pays, on aura recours au personnel technique du Siège, du Bureau régional, et de l'équipe inter pays de la sous région de l'Afrique de l'Ouest.

La mise en œuvre de cet agenda demande une forte implication du bureau. Pour cela le Bureau Pays devra être suffisamment performant à tous les niveaux, plus précisément dans les domaines des ressources humaines, financières, infrastructure et équipements.

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, se feront conformément au processus gestionnaire de l'OMS, à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail des périodes biennales qui seront suivi par une évaluation de la stratégie de coopération en fin de période.



Mali



Population totale (estimes) ¹	12 000 000
Population de moins de 15 ans ²	48,7%
Produit Intérieur Brut (PIB), par habitant, (2004) ³	357,9 US \$
Nombre de districts sanitaires, (2007) ⁴	99
Nombre d'hôpitaux nationaux, (2007)	5
Nombre d'hôpitaux régionaux, (2007) ⁴	0
Nombre de centres de santé communautaires, (2007) ⁴	899
Accessibilité à un CSCOM, à 5km ⁵	53%
Indice synthétique de fécondité ⁶	6,0
Besoins non satisfaits, en planification familiale ⁷	31%
Accouchement avec personnel qualifié, y compris les matrones ⁸	49%
Enfants de 12 à 23 mois, ayant reçu tous les vaccins du PEV ⁹	48%
Enfants de moins de 5 ans, accusant un retard de croissance ¹⁰	38%
Émasciation chez les enfants ¹¹	16%
Ménage avec au moins une méthode contraceptive moderne (d'insécticide) ¹²	62%
Mortalité néonatale ¹³	46‰
Mortalité post-néonatale ¹³	50‰
Taux de mortalité infantile ¹⁴	96‰
Taux de mortalité infantile juvénile ¹⁵	191‰
Taux de mortalité juvénile ¹⁵	105‰
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances ¹⁶	464
Femmes 15-49, ayant une connaissance du sida ¹⁷	57%
Taux de prévalence du VIH ¹⁸	1,3%
Population ayant accès à l'eau potable ¹⁹	39,7%
Ménages ne disposant pas d'installations sanitaires protégées ²⁰	62,1%
Taux brut de scolarisation ²¹	65 %
Taux brut de scolarisation pour les filles ²¹	54,8 %

¹ Sources:

² ONU, projection population 1950-2050

³ Enquête démographique et de santé 2005

⁴ Système d'information sanitaire - santé technique juin 2008

Stratégie de Coopération

Un aperçu

Stratégie de coopération 2008 – 2013 de l'OMS avec le Mali
Contexte

SANTÉ & DÉVELOPPEMENT

Au Mali, malgré les progrès réalisés en matière de développement sanitaire, ces dernières années, les indicateurs de santé, de la population, sont encore préoccupants. On peut citer entre autre : le taux de mortalité infantile, 96 ‰, le taux de mortalité infanto juvénile, 191 ‰, l'indice synthétique de fécondité, 6,6%, les besoins non satisfaits, en planification familiale, 31 %, l'accouchement avec personnel qualifié, y compris, les matrones, 49%, les enfants de 12 à 23 mois, ayant reçu tous les vaccins du PEV, 48 %, le taux de mortalité juvénile, 105 ‰, le taux de mortalité maternelle, 464 ‰, la planification familiale, par une méthode moderne, 7%, les consultations prénatales, 70 %, les consultations post natales, (6 jours après accouchement), 23 % l'émasciation, 15% et le retard de croissance, chez les enfants, 38 %. Les différences entre les zones rurales et la capitale sont criantes, notamment, la mortalité infanto-juvénile, (234 ‰ contre 108 ‰).

L'environnement au Mali, est caractérisé par le faible accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base ; les conditions d'hygiène y sont précaires. Selon l'Enquête Mondiale sur la Santé 2006, 39,7% de la population ont accès à l'eau potable de sources aménagées, avec une disparité entre le milieu urbain, 51,3%, et le milieu rural, 34,5%. Par rapport à l'évacuation des excréta, 62,1 % des ménages ne disposent pas de d'installations sanitaires protégées. Ce déficit d'assainissement engendre une pollution fécale de l'environnement, entraînant ainsi, la contamination des aliments et de l'eau de boisson.

Depuis 1990, le Mali s'est doté d'une politique sectorielle de santé, et en 1991, d'une politique de population. Un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), couvrant la période 1998-2007 prolongé à 2011, a été adopté pour la mise en œuvre de la politique sectorielle santé. Ce plan est le cadre d'intervention de tous les partenaires du secteur de la santé et de l'action sociale. Il s'agissait d'une démarche engagée par l'Etat et ses partenaires, basée sur l'approche "programme" ou approche sectorielle, qui est plus globale, plus intégrée que l'approche "projets" et qui vise un développement harmonieux et durable, du secteur de la santé. Depuis, le mois de mars 1999, les Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), ont servi de socle d'intervention du Ministère de la Santé en faveur de la population et est exécuté avec l'appui des partenaires et de la société civile.

S'inscrivant dans les grands changements intervenus dans le monde en général, et à l'OMS en particulier, cette nouvelle stratégie de coopération, intervient dans un environnement en mutation qui met l'accent sur des réformes importantes, liées à la mise en œuvre du « One UN » et aux Déclarations de Rome et de Paris, ainsi que sur différentes initiatives internationales de partenariat, pour la santé.

Ce nouveau contexte demande ainsi, une meilleure coordination des interventions et du partenariat.

OPPORTUNITÉS	DÉFIS
<p>Le gouvernement a élaboré des politiques sectorielles, dans les domaines de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de Développement sanitaire et social (PRODESS) I (1998-2002), PRODESSII (2003-2011) ; • Programme de Développement, de l'Éducation et de la culture (PRODEC) (2001-2010), et le Programme du Développement de la Justice (PRODEJ) (1999-2009) ; • Ces politiques ont permis aux ONG, aux organismes de coopérations bi et multilatérale, et aux différents associations, d'opérer dans les domaines du développement et des droits humains ; • Depuis 1991, la presse, écrite et parlée, a été libéralisée. 	<p>Certains points sont particulièrement d'actualité, notamment la qualité des services ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la mise à échelle de la mutualisation ; • la fidélisation du personnel technique, en milieu rural ; • l'harmonisation ; • l'équité dans la distribution de l'aide.

PARTENARIATS

En ce qui concerne la santé et le développement social, les ministères chargés de ces secteurs, ont élaboré les plans sectoriels, de mise en œuvre du CSCRP, à savoir le Programme de Développement sanitaire et social (PRODESS II 2005 – 2009, prolongé à 2011). L'ensemble des appuis, notamment, ceux de l'OMS, s'inscrivent dans ce programme unique, pour les interventions de santé. Les principaux partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux), du secteur de la santé du Mali, sont : l'Allemagne, la BAD, le BID, la Banque Mondiale, la Belgique, le Canada, le Chine, Cuba, le FNUAP, la France, le Luxembourg, l'OMS, le PAM, les Pays Bas, le PNUD, l'UNICEF, l'Union européenne, l'USAID, la Suède et la Suisse. De même, plusieurs ONG et associations (nationales et internationales), interviennent dans le secteur de la santé.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> • La tendance de l'évolution du volume global de l'aide, semble croissante ; • Les orientations du Directeur régional, pour l'Afrique ; • Le Cadre politique de coopération technique, avec les pays membres de la Région africaine, le plan stratégique, à moyen terme ; • L'Initiative de Bamako, la déclaration de Ouagadougou, sur les soins de santé primaires, et les systèmes de santé en Afrique ; • Le règlement sanitaire international révisé, 2005 ; • La Vision et la stratégie mondiale, pour les vaccins et la vaccination (GVVS) ; • L'Alliance mondiale, pour les vaccins et la vaccination, l'Initiative (GAVI) ; • L'Initiative Roll Back Malaria (RBM), l'International Health Partnership (IHP+) ; • Le Fonds mondial de lutte contre les SIDA, la tuberculose et la Paludisme, (GF-ATM), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les actions pour garantir le leadership en matière de Santé, en assurant une expertise excellente ; • La qualité des prestations dans les structures, pour apporter l'appui technique, pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies transmissibles, et la lutte accélérée, contre les grandes épidémies : paludisme, tuberculose, VIH-SIDA ; • Mieux définir les déterminants de la santé, pour un meilleur contrôle des maladies ; • Les maladies non transmissibles et tropicales-négligées ; • La mise en œuvre de la politique de développement des ressources humaines ; • L'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile-juvénile et la lutte contre la malnutrition ; • Le renforcement des capacités pour la gestion des risques environnementaux, sur la santé ; • Le renforcement des capacités du Bureau, en ressources humaines, financières, matérielles, et en technologie de l'information, pour faire face aux défis du nouveau système, GSM (matériel, logiciels, vidéo-conférence, débit de connexion) ainsi que la formation du personnel ; • L'accès équitable des populations, aux médicaments, et la disponibilité du sang sécurisé.

AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS, MALI

A partir de l'analyse du profil sanitaire, de l'examen attentif des priorités nationales, des entretiens avec les principaux cadres nationaux et des partenaires du secteur de la santé, et d'un atelier de consensus, les axes proposés ici, représentent les grands domaines d'action de l'OMS, notamment :

- La lutte contre les maladies transmissibles ;
- La lutte contre les maladies non transmissibles ;
- La santé environnementale, et la promotion de la santé ;
- La santé de la femme et de l'enfant ;
- La gestion du système de santé.

La lutte pour la réduction de la pauvreté, dans laquelle s'est engagée l'OMS, aux côtés des autres partenaires au développement, doit commencer par la prévention et le contrôle des principales maladies qui continuent de maintenir les populations, dans la précarité.

La **lutte contre les maladies transmissibles**, est un domaine pour lequel l'expertise technique et mobilisatrice de l'OMS, est reconnue. Le bureau OMS/Mali, mettra particulièrement l'accent, sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) révisé, la lutte contre les maladies à éradiquer ou à éliminer, le renforcement de la lutte contre les maladies prioritaires, telles que la tuberculose, le VIH/SIDA, le paludisme ainsi que la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Dans la **lutte contre les maladies non transmissibles**, l'OMS focalisera ses interventions, sur le développement d'un système de surveillance, basé sur les facteurs de risques, le plaidoyer et le renforcement des capacités des ressources humaines ainsi que des structures de prise en charge.

La **santé de la femme et de l'enfant**, sera renforcée, à travers le développement d'un partenariat stratégique et d'interventions spécifiques, pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile juvénile, vers l'atteinte des objectifs du millénaire, pour le développement.

La **santé environnementale et la promotion de la santé**, feront l'objet d'une approche beaucoup plus systématique que par le passé, principalement axée sur la mise en œuvre de politiques et plans nationaux, y compris, celles relatives à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments.

En ce qui concerne la **gestion du système de santé**, l'OMS focalisera son appui sur le développement des ressources humaines, les médicaments essentiels, la sécurité, la médecine traditionnelle, le financement de la santé et la production de l'information sanitaire, en vue d'améliorer la qualité de l'offre des services. Un accent particulier sera mis aussi sur la coordination des intervenants. En ce qui concerne les situations d'urgence, l'OMS continuera à assumer la coordination des partenaires, dans le domaine de la santé, et un cadre concerté des Nations Unies.

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web, ci-après :



© Organisation mondiale de la Santé 2006 - Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération, avec les Pays, ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Mise à jour : Septembre 2006

SECTION 1

INTRODUCTION

La deuxième stratégie de coopération de l'OMS (SCP OMS/Mali) avec la République du Mali, couvre une période de 6 ans (2008-2013). Elle tire son essence de la loi d'orientation de la Santé du Mali de 2002, qui s'inscrit dans la déclaration d'Alma-Ata et l'initiative de Bamako pour les soins de santé primaires. Elle s'articule également autour de la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé Primaire (SSP) d'avril 2008, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS II) 2005-2009 et sa prolongation en 2011, élaborée à travers l'approche sectorielle élargie ou Sector Wide Approach (SWAP). Cette nouvelle stratégie de coopération de l'OMS, prend en compte le cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR) du Mali, pour la période 2007-2011, et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), dont quatre sont liés à la santé. Elle est aussi bâtie à partir du nouveau Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement pour le Mali (PNUAD/UNDAF) 2008-2012.

L'élaboration de ce document a été particulièrement guidée par les orientations du onzième programme général de travail 2006-2015, par le plan à moyen terme 2008-2013 de l'OMS et les orientations stratégiques 2005-2009 de l'action de l'OMS, dans la Région Africaine.

S'inscrivant dans les grands changements intervenus dans le monde en général, et à l'OMS en particulier, durant ces dernières années, cette nouvelle SCP OMS/Mali intervient : i) dans un environnement en mutation qui met l'accent sur des réformes importantes liées à la mise en œuvre du « One UN » et aux Déclarations de Rome et de Paris ainsi que sur différentes initiatives internationales de partenariat pour la santé.

Elle reconnaît aussi que l'afflux de ressources nouvelles, pour le secteur en provenance des initiatives, comme celles du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), de Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), de l'International Health Partnership (IHP+), constitue une opportunité pour l'opérationnalisation de la politique de décentralisation, pour le renforcement du système de santé.

Tenant en compte de ce nouveau contexte, elle met l'accent sur les efforts que l'OMS devra faire pour une meilleure coordination des interventions et du partenariat afin de renforcer toutes les composantes du système de santé du Mali et de le rendre plus efficace et plus efficient notamment, améliorer la qualité des services, mettre à échelle la mutualisation, la fidélisation du personnel technique en milieu rural, l'harmonisation et l'équité dans la distribution de l'aide.

La SCP OMS/Mali 2008-2013 a été élaborée par l'équipe OMS pays en consultation avec les cadres du Ministère de la Santé et des principaux acteurs nationaux et internationaux, dans le secteur de la santé. Elle a connu la contribution de personnalités indépendantes. Elle est basée sur l'évaluation de la mise en œuvre de la SCPOMS/Mali 2003- 2007, l'identification des nouveaux défis et les orientations sur les interventions nécessaires pour les relever. Elle prend en compte les interventions des partenaires ainsi que les programmes de coopération

en cours, entre le Mali et l'OMS. Ce processus de préparation a également impliqué divers départements ministériels, des représentants de la Société civile ainsi que des ONG nationales et internationales. Elle se fonde sur une analyse de la situation du pays, en général du secteur de la santé, en particulier.

La stratégie de coopération avec le Mali, servira de base à l'élaboration des plans de travail pour les périodes biennales de 2010- 2011 et 2012-2013, puis de réajuster celui de 2008-2009 qui permettront aussi la mise en œuvre du Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement pour le Mali (PNUAD/UNDAF) 2008-2012 ; et ainsi montrer la contribution de l'OMS au sein des efforts communs du système des Nations Unies, au Mali.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1 PROFIL DU PAYS

Le Mali est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest, qui comptait environ 12 000 000 habitants en 2007¹, avec un taux annuel d'accroissement de 2,2 % sur une superficie de 1 241 238 km², soit une densité de 8 habitants au km².

La population du Mali est répartie pour 70 %, en zone rurale et 30 %, en zone urbaine (le taux d'urbanisation est de 26,8 %). Les ethnies prépondérantes sont les Bambara, les Peuhls, les Sonrha et les Malinkés. La population est majoritairement jeune : 48,7% ont moins de 15 ans, seulement 3,5%¹ ont plus de 65 ans. Les différentes enquêtes démographiques et de santé menées ont donné les indicateurs qui se trouvent dans le tableau 1 de l'annexe 1.

Administrativement le pays est divisé en 8 régions et un district (District de Bamako), entre lesquels se répartissent 703 communes. Le processus de démocratie pluraliste et la construction d'un État de droit, matérialisés par l'adoption d'une nouvelle Constitution en 1992, ont connu des avancées concrètes dont l'organisation régulière d'élections libres et transparentes. Depuis 1991, la presse écrite et parlée a été aussi libéralisée.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant au Mali, était évalué à 357,9 US \$, en 2004. 9% du PIB était constitué par l'aide au développement, en 2004². Environ 64 % de la population malienne vit au-dessous du seuil de pauvreté monétaire. Elle est plus marquée en milieu rural (70,3 %) qu'en milieu urbain (40,6 %) et touche plus les femmes que les hommes. Le pays est fortement dépendant de l'aide extérieure : le déficit commercial était de 21,8 milliards (33.54 millions US \$) en 2000, et le financement extérieur des dépenses en capital, constitue près de 80 % de l'ensemble de ces dépenses³.

La faiblesse des investissements dans les services sociaux essentiels, explique en grande partie le décalage entre les performances économiques relativement bonnes, et le niveau des indicateurs sociaux.

Le taux brut de scolarisation est estimé à environ 54,5 % pour les filles, contre une moyenne de 65 % pour l'ensemble du pays, à faible revenu. Alors que le taux d'alphabétisation des adultes, atteint à peine 37 % pour les hommes et 17% pour les femmes³.

Le mauvais état de santé constitue un aspect clé de la pauvreté. De même, les pauvres sont plus exposés aux maladies, à cause de leur faible niveau d'instruction et du fait qu'ils

¹ Source DNSI projection population RGPH 1998.

² EDS IV.

³ EDS IV.

sont moins informés sur les comportements favorables à la santé. D'après les Comptes Nationaux de Santé, 28 USD sont dépensés en moyenne pour la santé. Alors qu'en zone de pauvreté on n'atteint que la moitié de ce montant.

On note, aussi que la surmortalité des groupes les plus pauvres, reste largement due à des affections évitables. Afin de lutter contre la pauvreté, source de mauvaise santé, l'État malien, avec l'appui des différents partenaires, a développé un cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR) qui établit ainsi un lien direct entre la pauvreté et la mauvaise santé.

D'après l'Enquête mondiale de la Santé, les déterminants de la santé traduisent un risque plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (mortalité infantile...).

Dans le souci de relever ces différents défis d'une manière coordonnée, le gouvernement a élaboré des politiques sectorielles dans différents domaines : pour la santé avec le Programme de Développement sanitaire et social (PRODESS1 de 1998-2002 et PRODESSII de 2005-2009), pour le secteur de l'éducation, le Programme de Développement de l'éducation et de la culture (PRODEC 2001-2010) et pour la justice, le Programme du Développement de la Justice (PRODEJ de 1999-2009).

Ces politiques ont permis aux ONGs, aux organismes de coopérations bi et multilatérale et aux différentes associations, d'opérer dans le domaine du développement et des droits humains.

2.2 PROFIL SANITAIRE

Malgré les progrès réalisés en matière de développement sanitaire, ces dernières années, les indicateurs de santé de la population sont encore préoccupants.

On peut citer entre autre, le taux de mortalité infantile 96 ‰, le taux de mortalité infanto juvénile 191 ‰, l'indice synthétique de fécondité 6,6%, les besoins non satisfaits, en planification familiale 31 ‰, l'accouchement avec personnel qualifié y compris les matrones 49%, le pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV 48 ‰, le taux de mortalité juvénile 105 ‰, le taux de mortalité maternelle 464 ‰, la planification familiale, méthode moderne 7%, les consultations prénatales 70 ‰, les consultations post natales (6 jours après accouchement) 23 ‰, l'émaciation 15% et le retard de croissance chez les enfants 38 ‰. Les différences entre les zones rurales et les capitales sont criantes, notamment la mortalité infanto-juvénile (234‰ contre 108 ‰)⁴.

L'environnement au Mali, est caractérisé par le faible accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base ; les conditions d'hygiène y sont précaires. Selon l'Enquête Mondiale sur la Santé 2006, 39,7% de la population ont accès à l'eau potable de sources aménagées, avec une disparité entre le milieu urbain 51,3%, et le milieu rural 34,5%. Par rapport à l'évacuation des excréta, 62,1 ‰ des ménages ne disposent pas de d'installations sanitaires protégées. Ce déficit d'assainissement engendre une pollution fécale de l'environnement, entraînant ainsi la contamination des aliments et de l'eau de boisson.

Ces insuffisances au niveau des services essentiels de base, combinées à des comportements et pratiques inappropriés en matière d'hygiène, sont en grande partie, à l'origine de l'incidence élevée des maladies d'origine hydriques, notamment les diarrhées.

Ces maladies, toutes causes confondues, constituent la 3ème cause de consultation, après le paludisme et les infections respiratoires aiguës.

⁴ EDS IV.

La couverture des besoins en ressources humaines, pour certaine catégorie de personnel, se caractérise de la manière suivante : 1 médecin pour 10 370 habitants ; 1 sage femme pour 23 928 habitants ; 1 infirmier pour 4190 habitants.

On note également une inégalité dans la répartition du personnel entre Bamako et le reste du pays. La partition par région, se trouve dans le tableau II en annexe I.

Malgré les progrès obtenus dans l'initiative d'éradication de la poliomyélite ainsi que le contrôle de la rougeole, des problèmes de santé publique demeurent importants, avec des taux de morbidité et mortalité très élevés, particulièrement, chez les femmes et les enfants, à savoir : le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les schistosomias, la dracunculose, l'onchocercose, la lèpre, le trachome, le tétanos néonatal, la méningite, la fièvre jaune, le choléra et d'autres problèmes de santé liés à l'environnement.

A celles-ci, il faut ajouter la malnutrition et les maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, hypertension artérielle) dont les charges deviennent de plus en plus lourdes, pour le système de santé du Mali.

Le système de santé comprend le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. Le niveau central définit les orientations politiques, les normes et standards ; il est chargé d'élaborer les documents conceptuels, de suivre et d'en contrôler la mise en œuvre. Il mobilise les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique.

Le niveau régional apporte un appui technique et logistique aux districts sanitaires. Le cercle (district sanitaire) avec ses Centres de Santé communautaires est l'entité opérationnelle qui met en œuvre la politique sanitaire.⁵

Organisées sous forme pyramidale, les structures de prestation de soins et services comprennent, de la base au sommet, les Centres de Santé Communautaires (CSCComs) y compris, les cabinets de consultation, (785) pour le niveau primaire, les districts sanitaires, 59, dont 43 ont organisé leur référence (1er niveau de référence), en plus des cliniques privées, à ce niveau, les 6 hôpitaux au niveau régional (2ème niveau de référence), et enfin les 5 hôpitaux au niveau national dont le Centre National d'Odonto Stomatologie et l'Institut Ophthalmologique Tropical de l'Afrique (3ème niveau de référence).

Les CSCComs couvrent les activités définies dans un paquet minimum d'activités (PMA), et sont gérés par les Associations de Santé communautaire (ASACO), sur la base d'une convention d'assistance mutuelle avec le Ministère de la Santé. Dans le cadre de l'extension des activités à base communautaire, les relais viennent en appui aux CSCComs dont la pertinence fait l'objet d'un débat au sein du Ministère ainsi que de la Société Civile.

Depuis 1990, le Mali s'est doté d'une politique sectorielle de santé, et en 1991, d'une politique de population. Un Plan décennal de Développement sanitaire et social (PDDSS), couvrant la période 1998-2007, a été adopté pour la mise en œuvre de la politique sectorielle santé. Ce plan sert de cadre d'intervention à tous les partenaires du secteur de la santé et de l'action sociale.

Il s'agissait d'une démarche engagée par l'Etat et ses partenaires basée sur l'approche "programme" ou approche sectorielle, qui est plus globale, plus intégrée que l'approche "projets" et qui vise un développement harmonieux et durable du secteur de la santé.

⁵ Programme de Développement Sanitaire (PRODESS) 1998-2002.

Depuis, le mois de mars 1999 le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) a servi de socle d'intervention du Ministère de la Santé en faveur de la population et est exécuté avec l'appui des partenaires.

2.3 SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

2.3.1 *Défis de la précédente stratégie de coopération de l'OMS avec le Mali, 2003-2007*

Le PRODESS I (1998 – 2002), fut un outil pour la mise en œuvre de la composante santé du Cadre stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR). Les différentes interventions, en matière de santé, sont regroupées dans les cinq volets suivants :

- L'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services de santé ;
- La lutte contre l'exclusion sociale ;
- Le développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé ;
- Le développement des ressources humaines ;
- Le renforcement institutionnel.

Pour appuyer efficacement la mise en œuvre de ces volets, les défis avaient été identifiés, dans la précédente stratégie de coopération OMS – Mali (SCP 2003-2007) :

- La réduction de la mortalité et de la morbidité en particulier chez les femmes (582 pour 100000 naissances vivantes) et enfants 113%⁶ avec des situations préoccupantes en matière de maladies transmissibles, de malnutrition et de maladies hydro fécales;
- L'action efficace sur certains déterminants de la santé, notamment ceux liés aux faibles revenus, à l'eau, à l'assainissement et aux comportements liés au manque d'hygiène;
- L'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé;
- L'équité dans la répartition des ressources humaines au niveau opérationnel - tant en quantité qu'en qualité, associé à une répartition très inégale dans le pays ;
- La disponibilité et l'accès pour les populations à des intrants clef du système tel que les médicaments et le sang sécurisé;
- L'utilisation judicieuse des ressources financières allouées au secteur tant au niveau des partenaires qu'au niveau du Ministère de la Santé.

Pour contribuer à relever ces défis, le bureau de pays de l'OMS, a élaboré et mis en œuvre l'agenda de sa SCP, autour de trois axes stratégiques :

- La lutte contre la maladie et santé de la femme et de l'enfant ;
- La promotion de la santé, environnement et urgences ;
- L'organisation du système de santé.

⁶ EDS III 2001.

2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération de l'OMS avec le Mali, 2003-2007

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Mali (SCP), première génération 2003 – 2007, a couvert trois exercices biennaux et a pris fin en 2007. Il s'est avéré indispensable d'en évaluer la mise en œuvre, afin de tirer les leçons nécessaires pour l'élaboration de la SCP deuxième génération 2008-2013.

Au cours de la précédente SCP, l'intervention de l'OMS, a permis d'atteindre les résultats suivants :

En matière de lutte contre la maladie, Santé de la femme et de l'enfant :

l'élaboration et l'adaptation des guides génériques, des outils de gestion, des normes et politiques dans divers domaines concernant la lutte contre les maladies transmissibles. Il s'agit entre autres, des guides pour le renforcement de la surveillance intégrée des maladies à potentiel épidémique, pour la mise en œuvre des stratégies d'éradication et d'élimination de maladies telles que la dracunculose, l'onchocercose, le trachome et de celles évitables, par la vaccination comme la poliomyélite, le tétanos néonatal et la rougeole.

Concernant les maladies non transmissibles,

l'approche STEPS/WISE (système de surveillance basé sur les facteurs de risque) a été adaptée et mis en œuvre. Sur le plan Santé de la femme et de l'enfant, il a été réalisé la promotion de la maternité à moindre risque, par le renforcement et l'adoption de stratégies et de mesures innovantes, le plaidoyer auprès des différents partenaires, pour la mobilisation des ressources, le développement d'un programme de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), les audits de décès ainsi qu'une importante réalisation qui est l'élaboration et la dissémination de la feuille de route, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Grâce à la promotion et la recherche, les facteurs les plus favorables à l'amélioration du statut de la femme, ont été identifiés et le profil santé de la femme, a été élaboré. Dans le domaine de la santé infantile et de l'adolescent des stratégies novatrices et l'application de politiques, normes et procédures en faveur de l'enfant et de l'adolescent, ont été mises œuvre.

Concernant l'axe stratégique « Promotion de la Santé, environnement et situations d'urgence » :

la ratification de la convention anti-tabac et la réactualisation de la loi 96-41 du 7 Août 1996, sur la publicité, le plaidoyer, pour l'élaboration et l'adoption des textes réglementaires sur le tabac et l'élaboration d'un plan d'action de lutte contre le tabagisme des enfants et adolescents, la reformulation de la politique et des stratégies nationales de promotion de la santé ainsi que la contribution technique et financière pour l'organisation des journées nationales promotionnelles, ont constitué les principales réalisations.

Pour répondre aux défis liés à la Promotion d'un environnement sain, de comportements et pratiques favorables à la bonne hygiène, il a été mis à la disposition du Ministère de la Santé, des outils de gestion des données, dans le domaine du contrôle et la surveillance de la qualité de l'eau, la gestion des déchets de soins de santé, la promotion de comportement sain.

Un document de politique de santé et environnement a été élaboré et adopté.

Dans le domaine de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments, les réalisations sont entre autres :

- L'élaboration de politique et de plan d'action de sécurité sanitaire des aliments ;
- Le contrôle de qualité et l'élaboration de textes réglementaires ;
- La révision du plan d'action de la nutrition ;
- Le plaidoyer pour l'approvisionnement en sel iodé de qualité.

Concernant les urgences et catastrophes,

les capacités nationales pour la réponse ont été renforcées à travers la mise à disposition d'expertise technique ainsi que des fonds pour la formation à la gestion des épidémies et autres situations d'urgence. Les équipements et les produits ont été également fournis.

Sur le plan de l'organisation du système de santé, des progrès importants ont été réalisés notamment par :

- La formation du personnel selon l'analyse des besoins du Ministère de la Santé, la redéfinition du contenu des formations pour une meilleure adaptation du travail sur le terrain ; les formations des spécialistes ; la dotation des structures en bibliothèques bleues ; et la formation continue lors des séminaires internationaux ;
- La conception et la mise en place des outils pour les systèmes d'information sanitaire et sociale ; le renforcement du fonctionnement du système d'information sanitaire et social (SISS), notamment dans le cadre du suivi du PRODESS ;
- La définition de priorités et l'utilisation des résultats de la recherche ainsi que la formulation d'une politique nationale de recherche en santé et à la mise en place d'un Comité National d'Éthique ;
- Le renforcement des capacités dans le domaine du financement alternatif de la santé au Mali, le partage d'expériences avec d'autres pays, et l'utilisation de ces connaissances ;
- L'appui au schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels, la promotion des médicaments traditionnels améliorés et la Sécurité Transfusionnelle.

Pour mener à bien ces différents engagements ci-dessus cités, le Bureau de pays de l'OMS au Mali, a été renforcé par le recrutement de cinq administrateurs nationaux de programmes, ainsi que la sécurisation des contrats des staffs, la construction et l'équipement des nouveaux locaux. L'installation du GPN qui a amélioré l'accès à l'information et la communication entre le Bureau de pays et les autres structures de l'OMS.

2.3.3 Présence de l'OMS dans le pays

Actuellement, les ressources humaines du bureau de pays comprennent au total, 31 personnes dont 15 professionnels et 16 personnes des services généraux. Parmi les 15 professionnels, on compte 12 chargés de programmes techniques, 2 travaillant dans l'administration, et le Représentant.

Trois postes additionnels de professionnel sont en cours d'être comblés. Quant au type de contrat, on compte 9 personnels détenteurs d'un contrat de service, 18 avec un contrat régulier, 2 contrats temporaires et 2 contrats de service spécifique (Short Service Agreement).

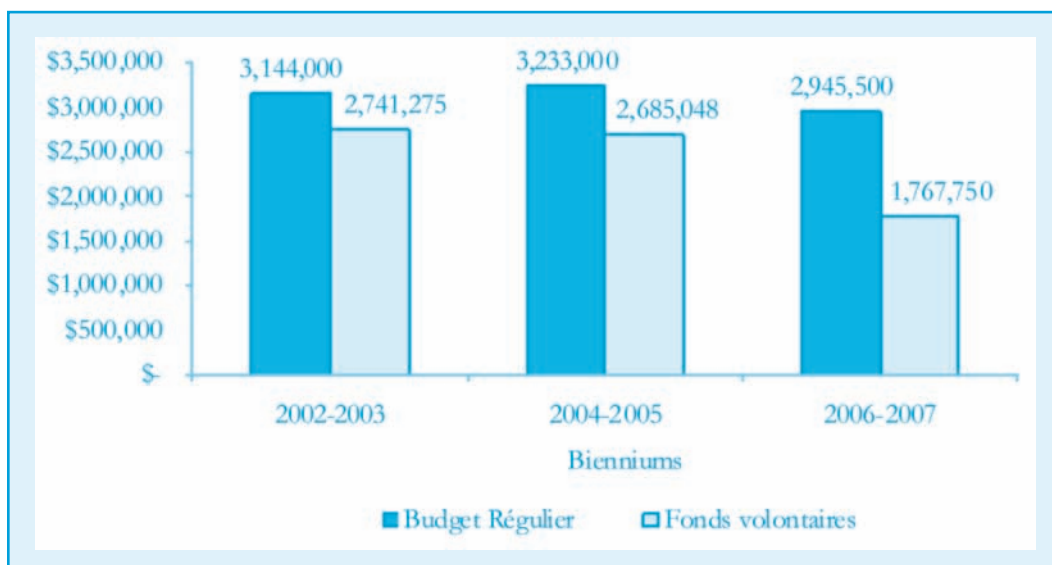
En ce qui concerne la logistique et les approvisionnements, 4 véhicules sur les 5, doivent être reformés. Leur coût de maintenance et de fonctionnement devient de plus en plus

important. Le mobilier de bureau a une moyenne d'âge de 25 ans. L'équipement informatique est inadéquat, par rapport aux exigences du GSM (Global Managent System). En annexe N° 3, se trouve la description complète de la situation du bureau.

Du point de vue de la coordination, au niveau national et du partenariat, l'OMS a maintenu sa participation active, dans les organes de gestion du PRODESS et promu le partenariat, tant au sein du système des Nations Unies qu'avec les partenaires bi et multilatéraux, les ONGs Nationales et Internationales. L'OMS a aussi contribué à la formulation d'une politique nationale de participation communautaire.

S'agissant des ressources financières, les ressources planifiées durant les trois périodes biennales (2002-2003, 2004-05, 2006-07) que couvrait la SCP, étaient respectivement de 8 487 850 USD, de 7 619 000 USD et de 6 040 000 USD. Les fonds reçus étaient respectivement de 5 885 275 USD, de 5 918 048 USD et de 4 713 250 USD. Ce qui fait un déficit respectif de 2 602 575 USD, de 1 700 953 USD et de 1 326 750 USD. Au total pour un montant total planifié de 22 146 850 USD pour les trois périodes biennales réunis, il y avait un déficit de 5 630 278 USD. La part du budget régulier dans ce déficit était de 14%.⁷

Graphique 1 : Évolution des budgets mobilisés du Bureau de Pays, de 2002 à 2007



Le budget régulier approuvé du Bureau OMS Mali est resté stationnaire malgré les besoins accrus pour faire face aux différents défis de coopération, aussi les fonds volontaires approuvés ont diminué et leur mobilisation n'a pu être assurée.

2.3.4 Déficiets en matière de mise en œuvre de précédente la SCP

Les résultats obtenus, lors de la mise en œuvre de la précédente SCP 2003 – 2007, ont été encourageants (environ 70% de réalisation). Cependant, des résultats très importants n'ont pas été réalisés :

- La formation et l'élaboration de la cartographie des risques environnementaux, sur la santé ;

⁷ Ces montants concernent la mobilisation des fonds dont le budget avait été approuvé. En plus de ces fonds, d'autres fonds ont été mobilisés pour des activités planifiées ne figurant pas sur les budgets approuvés.

- La mesure de l'ampleur des maladies non transmissibles ;
- Certains résultats n'ont été atteints que partiellement, notamment la mise à échelle des SONU, la PCIME et la révision des curricula ;
- Certains résultats ont connu un retard dans la mise en œuvre, notamment, la Santé des Adolescents, l'éradication du vers de Guinée et l'élimination du tétanos néonatal ;
- Le non renouvellement des équipements et la logistique roulante, le retard dans le recrutement d'un Administrateur et des conseillers paludisme-tuberculose-VIH/Sida, immunisation, santé de la femme, économie de la santé ;
- La contribution effective de l'OMS à certaines actions (Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux, missions conjointes) due au nombre réduit des personnels du bureau.

La non réalisation de ces résultats est liée à des contraintes à différents niveaux : Au niveau du Bureau

Les performances et rendements du Bureau ont été réduits pour la mise en œuvre de la SCP précédente, à cause de :

- L'interruption des contrats, dans les domaines MAL-TUB-VIH/Sida et PEV ;
- Le nombre insuffisant du personnel pour répondre aux sollicitations techniques ;
- L'accroissement du volume des travaux, la prépondérance des documents techniques et administratifs, reçus en anglais qui ont parfois gêné la communication avec le Ministère de la Santé, ainsi que le non respect dans la mise à disposition des ressources financières du budget régulier.

Certaines activités programmées n'ont pu être réalisées par manque de mobilisation des fonds volontaires.

Par ailleurs les besoins étaient manifestes pour renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que les maladies tropicales négligées pour lesquelles l'OMS était le seul intervenant dans ces domaines.

L'insuffisance dans l'archivage, le classement des documents et le suivi des dossiers administratifs et financiers a considérablement ralenti l'interaction entre les fonctionnaires et leurs homologues nationaux.

Cet état de fait a été accentué par la vacance prolongée du poste d'Administrateur ; les pannes fréquentes du GPN et la dépendance dans le rétablissement des connexions, par des prestataires éloignés, ont été à l'origine des paralysies fréquentes du bureau en termes de communication.

On note également que l'insuffisance et la vétusté des équipements (informatique, automobiles, mobiliers de bureaux, installations sanitaires et électriques, back up pour eau/électricité etc.) ont joué sur la performance du Bureau.

Au niveau du Ministère de la Santé et autres départements nationaux

L'insuffisance des ressources humaines qualifiées évoluant au niveau de certains programmes a été souvent la cause de sollicitations trop fréquentes des quelques personnes disponibles pour la gestion de plusieurs programmes. La mobilité extrême des agents affectés, surtout en zones périphériques, nuit également à la qualité des services.

La révision du curriculum n'a pas été réalisée au niveau la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) du fait de la résistance au changement des enseignants qui relèvent du Département de l'Enseignement Supérieur.

Afin de surmonter les contraintes, ci-dessus citées, le Bureau OMS Mali, aura besoin de développer ses propres capacités. La majeure partie des défis de la précédente SCP, reste d'actualité, en plus de ceux actuels qu'il faut relever.

2.3.5 Défis actuels pour la nouvelle Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Mali (2008-2013)

Les défis de la présente SCP 2008-2013, devront être relevés dans le cadre de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement qui a inspiré l'élaboration de CSCRP, le PRODESS II, le PNUAD. A ce titre, la contribution de l'OMS visera des actions pour garantir le leadership en matière de Santé, en assurant une expertise excellente pour améliorer la qualité des prestations dans les structures, pour apporter l'appui technique pour le contrôle, l'élimination et l'éradication, des maladies transmissibles et la lutte accélérée contre les grandes endémies : paludisme, tuberculose, VIH-Sida.

Elle veillera aussi à apporter un appui technique de qualité, pour le contrôle des maladies non transmissibles et tropicales négligées ; pour la mise en œuvre de la politique de développement des ressources humaines ; pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et la lutte contre la malnutrition.

En outre, l'OMS contribuera aussi au renforcement des capacités, pour une meilleure connaissance des déterminants de la santé et la gestion des facteurs de risques environnementaux sur la santé.

L'OMS appuiera aussi le Ministère pour garantir la qualité et l'accès équitable des populations aux médicaments, et la disponibilité du sang sécurisé.

Pour faire face à ces défis, les capacités et compétences du Bureau de pays de l'OMS, devraient être renforcées. Les capacités en technologie de l'information, pour accueillir le nouveau système GSM (matériel, logiciels, vidéo conférence, débit de connexion) ainsi que la formation du personnel, sera nécessaire.

Enfin, l'OMS devrait renforcer ces compétences en mobilisation de ressources additionnelles, et renforcer ces partenariats au niveau national, sous-régional, régional et mondial.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

Pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement du Mali a mis en place un Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRП 2007-2011). Le Système des Nations Unies (SNU), a élaboré le Plan Cadre des Nations Unies, pour l'Aide au Développement (PNUAD 2008-2012) pour contribuer à la réalisation de ce CSCRП.

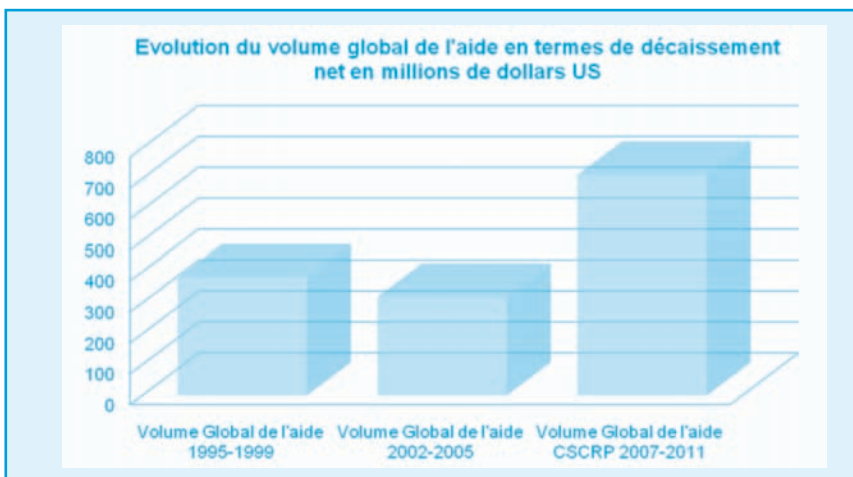
En ce qui concerne la santé et le développement social, les ministères chargés de ces secteurs, ont élaboré les plans sectoriels de mise en œuvre du CSCRП, à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II 2005 – 2009 prolongé à 2011).

L'ensemble des appuis, notamment ceux de l'OMS, s'inscrivent dans ce programme unique, pour les interventions de santé.

3.1 FLUX DE L'AIDE ET CADRE DE DÉPENSES

La tendance de l'évolution du volume global de l'aide semble croissante, comme l'indique le graphique ci-dessous. Mais il apparaît aussi que les prévisions budgétaires du CSCRП, pour la santé, ne couvrent pas la totalité des besoins du PRODESS.

Graphique 1 :



Sources : 1995 -1999 Rapport 2006 sur le Développement Humain Durable au Mali, PNUD, 2006
2002 - 2011 Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, Gouvernement du Mali décembre 2006

NB : US \$1 pour 650 FCFA de 1994 à 2005 et 450 FCFA de 2007 à 2011

Donc, selon ces sources, de 1995 à 2011, l'aide au Mali devrait passer globalement, d'environ 381 millions US \$ à 712 millions US \$, soit 9,2% du budget total de l'état et ses partenaires, pour l'ensemble de l'action gouvernementale.

Pour la période 2007 – 2011, par an, y compris les fonds PPTE, 74,379 milliards de FCFA ou 165,287 millions de dollars US (450 FCFA pour 1 USD), soit 6,8% du budget total sont prévus en moyenne, pour la santé. Les fonds PPTE permettent un ciblage sur les zones de pauvreté, et sont réalisés à 100%.

La prévision pour mettre en œuvre le PRODESS II, est de 100,113 milliards de FCFA contre 74,379 milliards prévus par le CSCRP, et traduit donc un gap financier de plus de 25 milliards de FCFA.

Suivant les Comptes nationaux de la Santé, pour 2004, par an et par habitant, 28 USD sont consacrés à la santé. 50% des dépenses en santé, sont faites par les ménages, essentiellement pour l'achat de médicaments dont malheureusement un tiers échappe au contrôle du ministère de la santé.

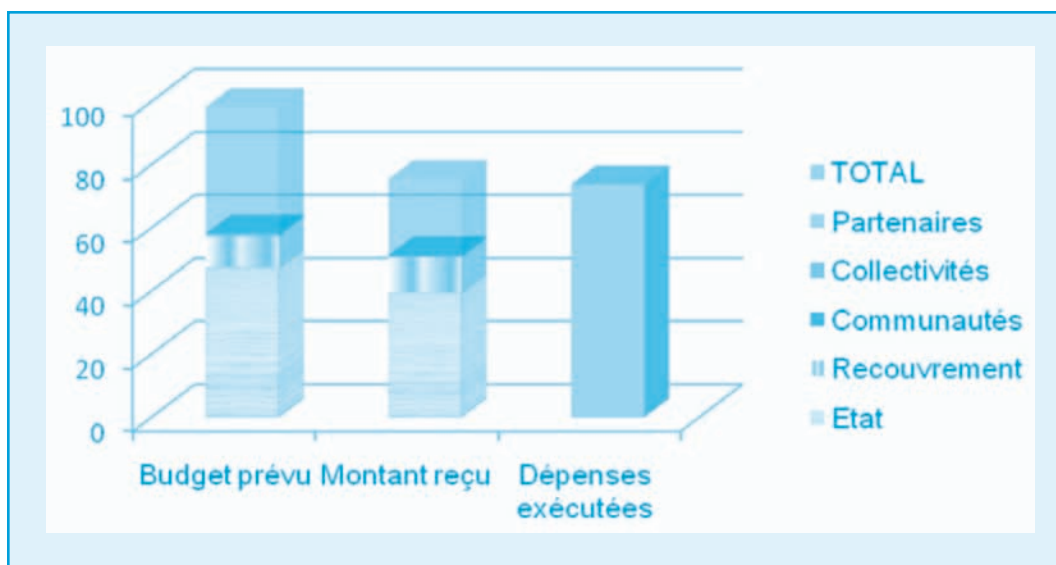
Les dépenses du ministère de la santé sont faites pour le financement des activités notamment, dans les zones de pauvreté, mais malheureusement, pour une part inférieure à celle prévue par le cadre de dépenses à moyen terme qui, selon la stratégie de réduction de la pauvreté qui privilégie l'appui aux zones les plus pauvres, prévoit 60% au moins, d'exécutions dans les régions.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES DANS LE SECTEUR SANTÉ

Les principaux partenaires au développement, (bilatéraux et multilatéraux) du secteur de la santé du Mali sont : Allemagne, BAD, BID, Banque mondiale, Belgique, Canada, Chine, Cuba, FNUAP, France, Luxembourg, PAM, Pays Bas, PNUD, UNICEF, Union européenne, USAID, Suède et Suisse.

De même, plusieurs ONG et associations (nationales et internationales), interviennent dans le secteur de la santé. Leurs domaines d'intervention concernent l'assistance technique et/ou financière, dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS. Ces acteurs contribuent de manières différentes, à l'appui aux axes d'interventions retenus par l'OMS, et le font selon des procédures également variées, à savoir, appuis ciblé, appui budgétaire sectoriel et appui budgétaire global. Ces différences ont des répercussions sur les taux de réalisations, comme l'indique le graphique, ci-dessous.

Graphique 2 : Sources de financement de la santé avec les taux d'exécution, en 2006 (montants en milliards de FCFA, arrondis)



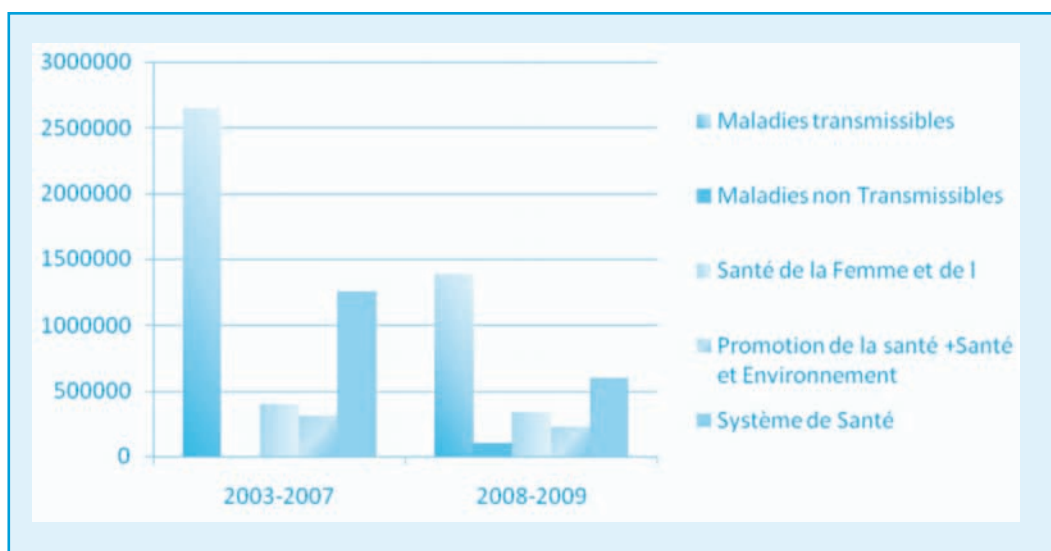
Source: Comité de suivi 2007 concernant la mise en œuvre du PRODESS 2006.

Il est important de noter que le taux de réalisation des budgets, est d'environ 75% en moyenne, et que celui du financement des partenaires extérieurs, est inférieur à celui de l'état et se situe aux alentours de 60%. Il est à noter qu'avec la mise en œuvre de l'appui budgétaire sectoriel, le taux de réalisation des partenaires concernés est monté à 90%, en 2007.

En ce qui concerne l'appui de l'OMS, on peut noter l'apparition d'un défi nouveau, à savoir, **la lutte contre les maladies non transmissibles** et une baisse de l'appui financier d'environ 30%, à la lutte contre les maladies transmissibles, essentiellement liés à la diminution des Journées nationales de Vaccination ; ainsi qu'une baisse d'approximativement 50%, d'appui au système de santé qui doit être comblé par les appuis du Fonds mondial, GAVI, IHP+, entre autres.

Ceci se voit clairement dans le graphique ci-dessous, qui montre la diminution du budget annuel moyen, prévu pour les années suivantes, malgré les responsabilités accrues confiées à l'OMS Mali.

Graphique 3 : Budget annuel moyen de l’OMS, par axe d’intervention, en US dollars



Les contributions, les aires et domaines d’intervention des principaux partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux), du secteur de la santé du Mali, sont résumées en annexe II.

3.3 MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE SUIVI

La coordination se fait sous le leadership des ministères chargés de la santé et du développement social, et s’inscrit dans le cadre des dispositions réglementaires, adoptées par le gouvernement. Elle se fait à plusieurs niveaux.

Les organes de gestion du PRODESS comprennent le Comité de Suivi, qui se réunit 1 fois par an, et qui regroupe les instances décisionnelles de l’ensemble des acteurs (Etat, société civile et partenaires) ; les réunions du Comité de Suivi sont préparées, au niveau national, par le Comité Technique qui se réunit 2 fois par an, et regroupe les techniciens des mêmes acteurs.

Elles sont préparées au niveau régional, par un comité qui se réunit une fois par an (CROCEP), et par un conseil de gestion au niveau du cercle, deux fois par an. Pour les décisions intermédiaires, le Comité de Pilotage se réunit tous les 2 mois, ou sur demande.

A côté de ces organes officiels, sur demande du Ministère de la Santé, les partenaires de la mise en œuvre du PRODESS (Multilatéraux, bilatéraux et grandes ONG internationales) tiennent des réunions informelles, tous les mois, sous la présidence d’un chef de file élu pour un an, alternativement, un multi et un bi – latéral. Le suivi régulier de la mise en œuvre, est effectué par de nombreux groupes thématiques mixtes PTF et Gouvernement - pour différents programmes (Groupes d’appui aux ressources humaines, la DAF, Santé de la Reproduction, Paludisme).

Les missions conjointes de suivi à Bamako et dans deux régions, sont également des moments clés, pour la coordination entre les différents acteurs, et se réalisent une fois par an,

avec l'ensemble des acteurs. Les multiples ONG nationales actives aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel ont organisé leur coordination au travers du Groupe Pivot.

L'OMS participe à l'ensemble des réunions de ces organes de gestion, et s'attelle à faire le plaidoyer pour que l'ensemble des partenaires participent également de manière effective, à ces organes.

Malheureusement, l'insuffisance de ressources tant humaines que financières et logistiques, sont fréquemment un handicap sérieux, pour s'acquitter de cette tâche comme on le souhaiterait.

Le plaidoyer a pu amener les partenaires à renforcer la gestion du système de santé, notamment de GAVI, du Fonds mondial, de IHP+ ou dans les comptes nationaux de la santé tel que l'UE et la coopération française ou la formation, comme la BAD.

Malgré ces avancées significatives, un certain nombre de problèmes persistent, parmi lesquels :

- (i) Le manque d'information des ONG ;
- (ii) L'insuffisance de mécanismes de communication entre le Ministère de la Santé et les partenaires en dehors des réunions formelles ;
- (iii) La faiblesse de la coordination intersectorielle ;
- (iv) La non-reconnaissance, par certaines ONG, du groupe pivot comme organe de coordination de leurs interventions et
- (v) Le fait que les appuis ciblés prédominent encore dans les procédures, au détriment de l'approche programme, pourtant adoptée par le gouvernement, en raison de son caractère plus global et de son impact positif sur le développement économique et social du pays. Ceci empêche l'harmonisation des procédures, rend difficile la prévisibilité des fonds disponibles et ouvre la porte aux doublons.

L'évaluation du fonctionnement des organes de gestion et de suivi du PRODESS, la redynamisation du comité interministériel et l'amélioration de la communication au sein du Ministère de la Santé, font partie des suggestions formulées par les partenaires au développement, pour rendre plus efficaces, les mécanismes de coordination et une meilleure coordination des actions des ONG.

La Cellule de coordination du Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCR), se charge d'une part, de coordonner les efforts de diagnostic de l'existant et des besoins et, d'autre part, d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre.

En ce qui concerne le système des Nations Unies, dans le cadre du PNUAD, le dispositif institutionnel mis en place, s'articule autour des mécanismes de pilotage et de suivi et d'évaluation du programme de chacune des agences du SNU ainsi que du mécanisme du CSCR.

Le Gouvernement du Mali a prévu la tenue d'une table ronde au courant de juin 2008, pour renouveler l'engagement des partenaires, pour les réformes en cours.

SECTION 4

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'Organisation Mondiale de la Santé consiste à «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible»⁸.

La stratégie institutionnelle, le onzième programme général de travail, 2006-2015⁹ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS, dans la Région africaine 2005-2009-2010, définissent les grandes orientations de l'OMS qui doivent lui permettre d'apporter la meilleure contribution possible à la santé dans le monde, et en particulier dans la Région africaine.

A cet effet, l'Organisation doit renforcer son autorité technique, intellectuelle et politique dans le domaine de la santé, ainsi que ses capacités gestionnaires afin de répondre aux besoins des Etats Membres, incluant les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).^{11,12}

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS, sur la base de ses avantages comparatifs⁹, est guidée par les six fonctions essentielles suivantes :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé, et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- Fixer des normes et des critères, encourager et en suivre l'application ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances, en matière de santé.

⁸ Article 1 de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

⁹ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹¹ Cadre politique de coopération technique avec les pays membres de la Région africaine.

¹² EB 105/3 Une stratégie institutionnelle pour le secrétariat de l'OMS.

4.3 DOMAINES PRIORITAIRES DU PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

La santé, considérée comme un aspect fondamental de la sécurité humaine, occupe une place importante dans les priorités de développement. Les défis auxquels l'OMS fait face, sont en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie au cours de 20 dernières années, les inégalités en santé qui se creusent, les tendances sanitaires contrastées, l'effondrement des services de santé et la détérioration des conditions économiques et sociales.

Ces défis sont à l'origine de lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissance dans le domaine de la santé.

Pour combler ces lacunes, le programme mondial d'action sanitaire a identifié les sept domaines prioritaires suivants :

- Investir dans la santé, pour réduire la pauvreté ;
- Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes, et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- Influencer sur les déterminants de la santé ;
- Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Les orientations et priorités dérivent des buts et objectifs sanitaires mondiaux et régionaux, des recommandations, accords et approches auxquels les États membres ont adhéré au sein de l'OMS, et du cadre international législatif et politique plus général, du système des Nations Unies.

Parmi ces engagements, figurent les objectifs du Millénaire pour le développement, les traités relatifs aux droits de l'homme, ainsi que les résolutions des organes directeurs de l'OMS.

Le onzième programme général de travail, fixe les priorités suivantes, au niveau mondial¹³:

- Apporter un appui aux pays, pour qu'ils instaurent la couverture universelle, des interventions efficaces, de santé publique ;
- Renforcer la sécurité sanitaire, dans le monde ;
- Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- Développer les moyens institutionnels, d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- Renforcer le rôle directeur de l'OMS, aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements, au niveau des pays.

¹³ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional, tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la stratégie de santé du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS, dans la Région africaine, 2005-2009».

Elles portent notamment, sur :

- La prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- La survie de l'enfant et la santé maternelle ;
- L'action humanitaire en situation d'urgence ;
- La promotion de la santé ;
- L'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement ? et à agir sur d'autres déterminants de la santé.

Les autres objectifs prioritaires couvrent :

- La santé et l'environnement ;
- La sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ;
- Les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) ;
- La gouvernance et les partenariats ;
- La gestion et les infrastructures.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays, un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé, et à s'attaquer au déficit des ressources humaines. En collaboration avec d'autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes.

Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter pays pour aider d'avantage les pays dans leurs efforts de décentralisation, pour que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes¹⁴ :

- Renforcement des bureaux pays de l'OMS ;
- Amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats, pour la santé ;
- Appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;

¹⁴ Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013; Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

- Promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- Intensification de la sensibilisation et de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

6.6 RENDRE L'OMS PLUS EFFICACE AU NIVEAU PAYS

Les résultats des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays, varient en fonction du contexte spécifique et des défis dans le domaine de la santé de chaque pays.

S'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, peuvent être ajustées pour répondre au besoin du Mali.

Au Mali, pour rendre son action plus efficace et améliorer sa visibilité, l'OMS devra renforcer son rôle de leadership, de coordination, d'appui-conseil aux ministères de la santé, du développement social, et de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

L'OMS devra assumer son expertise technique dans le renforcement des capacités des professionnels, la surveillance des maladies, la recherche afin de contribuer à améliorer la qualité des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Elle devra enfin fournir les normes, politiques et stratégies, adaptées au contexte malien.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AU MALI

5.1 INTERVENTIONS DE L'OMS

Les interventions de l'OMS ont leur fondement dans la convention signée en 1961, par le Gouvernement malien et le Secrétariat de l'OMS. La mise en œuvre de ces interventions, pour les 6 prochaines années, sera régie par la nouvelle Stratégie de Coopération avec le Pays (2008-2013).

En plus des orientations générales citées dans la section 2, le document de stratégie de coopération reflètera les orientations stratégiques dans lesquelles l'OMS s'est engagé avec les autres partenaires telles que :

- Les orientations du Directeur Régional pour l'Afrique ;
- Le Cadre politique de coopération technique avec les pays membres de la Région africaine ;
- Le plan stratégique à moyen terme ;
- L'initiative de Bamako ;
- La déclaration de Ouagadougou, sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ;
- Le règlement sanitaire international révisé, 2005 ;
- La vision et stratégie mondiale pour les vaccins et la vaccination (GIVS) ;
- L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination l'initiative (GAVI) ;
- L'Initiative Roll Back Malaria (RBM) ;
- L'international Partnership (IHP+), celles du Fonds Mondial de lutte contre les SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), etc.

Pour répondre aux priorités mondiales, régionales et nationales, les interventions visent l'atteinte des 13 objectifs stratégiques du programme général de travail, en lien avec les besoins du pays. En relation avec ces objectifs, les résultats attendus spécifiques du Bureau, seront déterminés, le budget sera réparti sur les trois périodes biennales 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013.

En se référant aux défis, accords et contraintes à relever dans les sections précédentes, l'agenda stratégique définit plus loin, nécessitera l'appui conjoint des 3 niveaux de l'organisation (Equipe interpays, Bureau régional et le Siège) et d'un renforcement conséquent, des capacités du bureau de l'OMS pays.

Le bureau de pays devrait être renforcé sur le plan des ressources humaines et matérielles. Aussi, un mécanisme de financement approprié doit- il être mis en place.

5.2 APPUI DU SIÈGE, DU BUREAU RÉGIONAL ET DE L'ÉQUIPE INTER PAYS

La Stratégie de Coopération guidera également les appuis du Siège et du Bureau régional y compris, l'Equipe inter pays pour l'Afrique de l'Ouest, conformément à l'esprit d'une seule Organisation.

L'appui technique et/ou financier des autres niveaux de l'Organisation, se fera sous forme de contributions à l'exécution des plans de travail pour les périodes biennales. Les contributions qui seront sollicitées des autres niveaux de l'Organisation, devront en priorité:

- Apporter les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de l'agenda stratégique ;
- Renforcer les compétences du personnel, afin qu'il puisse mieux jouer son rôle ;
- Combler les besoins en ressources humaines identifiés, dans la SCP ;
- Fournir l'appui logistique et en technologie de l'information, nécessaire à la mise en œuvre des interventions, prioritaires retenue.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE MALI

A partir de l'analyse du profil sanitaire, de l'examen attentif des priorités nationales, des entretiens avec les principaux cadres nationaux et des partenaires, du secteur de la santé et d'un atelier de consensus, les axes proposés ici, reprennent les grands domaines d'action de l'OMS, notamment :

- La lutte contre la maladie transmissible ;
- La lutte contre les maladies non transmissibles ;
- La santé environnementale et la promotion de la santé ;
- La santé de la femme et de l'enfant ;
- La gestion du système de santé.

La lutte pour la réduction de la pauvreté dans laquelle s'est engagée l'OMS, aux côtés des autres partenaires au développement, doit commencer par la prévention et le contrôle des principales maladies qui continuent de maintenir les populations dans la précarité.

La lutte contre les maladies transmissibles est un domaine pour lequel l'expertise technique et mobilisatrice de l'OMS, est reconnue. Le bureau OMS/Mali mettra particulièrement, l'accent sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) révisé, la lutte contre les maladies à éradiquer ou à éliminer, le renforcement de la lutte contre les maladies prioritaires telles que la Tuberculose, le VIH/Sida, le Paludisme ainsi que la lutte contre les maladies tropicales négligées.

La lutte contre les maladies non transmissibles conduit l'OMS à focaliser ses interventions sur le développement d'un système de surveillance basé sur les facteurs de risques, le plaidoyer et le renforcement des capacités des ressources humaines et des structures de prise en charge.

La santé de la femme de l'enfant et de l'adolescent sera renforcée à travers le développement d'un partenariat stratégique et la mise en œuvre effective, de la feuille de route qui a identifié des interventions spécifiques, pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile vers l'atteinte des objectifs du millénaire, pour le développement.

La santé environnementale et la promotion de la santé feront l'objet d'une approche beaucoup plus systématique que par le passé, principalement axée sur la mise en œuvre de politiques et plans nationaux y compris, celles relatives à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments.

En ce qui concerne la **gestion du système de santé**, l'OMS focalisera son appui sur le développement des ressources humaines, de médicaments essentiels, le financement de la santé et la production de l'information sanitaire, en vue d'améliorer la qualité de l'offre des services. Un accent particulier sera aussi mis sur la coordination des intervenants.

En ce qui concerne les situations d'urgence, dans le domaine de la santé, l'OMS continuera à assumer la coordination des partenaires, et un cadre concerté des Nations Unies.

D'une façon générale, l'OMS continuera à apporter des normes, des outils techniques et des directives pour appuyer le travail des intervenants.

Elle renforcera son rôle de conseiller technique, au plus haut niveau, pour l'élaboration ainsi que la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales afin d'aider le gouvernement dans sa responsabilité de « pilotage » du secteur.

6.1 LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

La lutte contre les maladies transmissibles au Mali, s'adresse à un profil épidémiologique caractérisé par une forte morbidité et mortalité liées aux maladies infectieuses et parasitaires qui sévissent généralement, selon un mode endémo épidémiques. Les femmes et les enfants qui sont les couches les plus vulnérables de la population, payent le plus lourd tribut face à ces maladies.

L'OMS renforcera son appui à la surveillance épidémiologique intégrée, de la maladie et la riposte, en prenant en compte le RSI, révisé en 2005, qui met l'accent sur les urgences en santé publique, de portée internationale.

A cet effet, des équipes de réponse rapide seront formées et mises en place, à tous les niveaux du système de santé.

Un accent particulier sera mis sur :

- La mise en œuvre de stratégies efficaces, dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies prioritaires (DOTS, ARV et PTME, CTA, TPI et MII) ;
- L'amélioration du dépistage et la poly chimiothérapie de la lèpre, la surveillance entomo -épidémiologique et le traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire, pour l'onchocercose ;
- La lutte contre les « maladies tropicales négligées » (filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, géo helminthiase et trachome) ;
- La stratégie CHANCE pour la cécité et les stratégies d'éradication du ver de Guinée.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, l'OMS renforcera les prestations de service, la logistique, la surveillance épidémiologique et la communication en faveur de la vaccination.

Un appui technique sera fourni pour accroître au maximum, l'accès équitable de tous, aux vaccins de qualité garantie, aux nouveaux produits et technologies de vaccination et l'intégration d'autres interventions essentielles.

Un accent sera mis sur la prévention par la vaccination de routine et les campagnes de vaccination préventive contre les maladies à potentiel épidémique et la recherche sur les vaccins.

Concernant la gestion des urgences et des catastrophes l'OMS interviendra dans la préparation et réponses aux urgences et des catastrophes par sa contribution à l'organisation des secours et par le renforcement des capacités pour une prise en charge rapide des victimes.

Son action sera focalisée sur l'évaluation rapide de la situation ; le pré positionnement des médicaments, produits médicaux et désinfectants ; la coordination des intervenants dans l'organisation de secours.

Surveillance et prévention des maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'ampleur, ce qui justifie l'importance accordée à ce domaine par l'OMS et son identification comme priorité par le Ministère de la Santé ; d'autant qu'elles constituent un fardeau économique important pour les familles et la communauté.

Il s'agit notamment des maladies cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, du diabète, des traumatismes, des maladies bucco-dentaires, des effets du tabagisme, des maladies mentales, des maladies génétiques telles que la drépanocytose et les cancers.

L'appui de l'OMS portera sur :

- L'analyse de la situation ;
- Le développement d'un système de collecte et d'analyse de l'information basée sur les facteurs de risque (approche STEPS/WISE);
- La promotion des mesures de prévention des facteurs de risque ;
- Le renforcement des capacités des structures de prise en charge ;
- Le développement de la collaboration multisectorielle et le partenariat ;
- La promotion de la recherche opérationnelle.

6.2 SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Santé de la femme

En étroite collaboration avec les partenaires, l'OMS appuiera :

- La documentation des meilleures pratiques en matière de santé de la femme pour déterminer les facteurs les plus favorables et pour promouvoir l'amélioration du statut de la femme et l'application de la loi sur la santé de la reproduction ;
- Les programmes de lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et l'enfant ;
- L'élaboration et la mise à jour continue du profil de la femme et le renforcement des capacités pour l'application des politiques normes et procédures en santé de la reproduction/planification familiale.

Maternité à moindre risque

L'OMS axera son appui sur :

- L'extension de la mise en œuvre de la feuille de route, pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, d'ici 2015, au niveau des districts sanitaires ;
- La mise en œuvre efficace, du plan de communication en santé de la reproduction, pour la promotion de la maternité à moindre risque ;
- L'extension de la couverture en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;

- Le renforcement des capacités de plaider, pour la mobilisation des ressources, en faveur de la santé maternelle et néonatale, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Utilisation des Modèles REDUCE/ALIVE, RAPID et AIM) ;
- Le soutien à l'évaluation et le suivi des initiatives novatrices : césarienne gratuite, système de référence/évacuation ;
- Le programme SONU ;
- Le PTME, soins après avortement et prévention des avortements non sécurisés ;
- Le développement des capacités du personnel, pour la prise en charge, le monitoring, la supervision et l'évaluation, en matière de santé maternelle et infantile ;
- Le soutien technique et financier, à la mise en œuvre des initiatives régionales et sous régionales, telles que la « Vision 2010 » ;
- La mise en œuvre du plan d'action pour le repositionnement de la PF ;
- L'institutionnalisation des audits des décès maternels et néonataux.

Santé de l'enfant et de l'adolescent

L'OMS appuiera le Ministère de la Santé et les autres ministères, par la fourniture de conseils techniques, pour la formulation et la mise en œuvre de politiques et d'interventions efficaces, fondées sur des données factuelles, telles que les stratégies spécifiques de survie de l'enfant et de santé de l'adolescent, visant à instaurer l'accès universel aux soins, en prenant dûment en compte :

- Les inégalités entre les sexes et les inégalités en matière de santé ;
- Le développement des capacités des ressources humaines, pour des prestations de services de qualité ;
- Le développement de la recherche opérationnelle ;
- La promotion des interventions à base communautaire, destinées à accroître la demande de services et à soutenir les soins appropriés à domicile, pendant toute la durée de la vie ;
- Le renforcement de stratégies novatrices et l'application de politiques, normes et procédures en faveur de l'enfant et de l'adolescent.

6.3 PROMOTION DE LA SANTÉ, ENVIRONNEMENT SAIN

Promotion de la santé

La promotion de la santé est une composante essentielle des soins de santé primaires.

L'OMS reconnaît la nécessité d'adapter une approche intégrée de la promotion de la santé et des stratégies de prévention efficaces.

L'OMS aidera le Mali à travers le renforcement des capacités, pour réduire les facteurs de risques majeurs, en se basant sur :

- Une approche multisectorielle ;
- La contribution à l'organisation des journées mondiales pour la promotion de la santé ;
- Le plaidoyer pour l'élaboration de textes réglementaires, en vue de réduire la consommation du tabac, de l'alcool et de la drogue ;

- La communication pour le changement de comportement et la mobilisation sociale, en vue de promouvoir des modes de vie sains.

Santé environnementale et salubrité des aliments

La mauvaise gestion des déchets de soins de santé présente d'énormes risques d'infections nosocomiales et de pollution de l'environnement. L'hépatite B et la pandémie du Sida ont donné de nouvelles dimensions à ce problème, en raison des risques accrus de contamination.

L'élimination ou l'atténuation des risques n'est atteinte qu'à travers des actions de contrôle impliquant des équipes pluridisciplinaires de différents services techniques chargés de l'inspection, soutenues par des laboratoires accrédités.

Dans le domaine de la protection de l'environnement humain, l'appui de l'OMS portera principalement sur :

- Le renforcement des capacités pour l'évaluation et la gestion des risques environnementaux, sur la santé ;
- La mise en œuvre des plans d'élimination des déchets de soins de santé pour l'amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité, dans les structures de santé ;
- La conduite de recherches sur les comportements et les pratiques liés à la qualité de l'eau, au niveau communautaire et familial ;
- La poursuite des actions de contrôle et de surveillance de la qualité de l'eau ;
- La mise en place d'un système de monitoring des activités d'hygiène et d'assainissement, au niveau du district ;
- La promotion d'un environnement sain pour les enfants dans les écoles ;
- Le renforcement des compétences du personnel, pour la prévention des intoxications et l'évaluation des risques sanitaires, liés aux produits chimiques ;
- L'adaptation des directives, des outils et des méthodes de gestion des risques environnementaux sur la santé, aux collectivités locales.

Nutrition et sécurité sanitaire des aliments

L'appui de l'OMS sera basé sur :

- La conception et la mise en œuvre d'un plan consensuel de contrôle de qualité ;
- La formation des agents ;
- L'adoption de directives et de normes ;
- La conduite des études et des recherches sur la problématique de l'hygiène de la restauration collective ;
- L'élaboration et la mise en œuvre de la politique et du plan d'action, pour la prise en charge de la malnutrition, dans les formations sanitaires ;
- L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action de plaidoyer, pour la lutte contre la malnutrition et la promotion des habitudes alimentaires saines ;
- Le renforcement de l'approvisionnement en sel iodé de qualité, à coût abordable.

6.4 GESTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Conformément aux objectifs stratégiques de l’OMS, le bureau de pays continuera à renforcer le système de santé afin d’améliorer la qualité de l’offre des services, à la population du Mali.

Elle apportera aussi son appui au ministère de la santé, pour une meilleure coordination des intervenants.

L’offre des services de qualité

La qualité exige une gestion rigoureuse des moyens disponibles. Dans ce sens, l’OMS pourra appuyer :

- La recherche sur le système de santé ;
- La formation continue des responsables du système d’information sanitaire ;
- Le partage de l’information, au niveau national et international, pour l’amélioration du système d’information sanitaire et social ;
- Le partage d’information et de réflexion sur l’amélioration de la qualité des services ;
- Le renforcement des capacités gestionnaires des équipes socio sanitaires et ceux issus des communautés ;
- La dotation en équipement médical et en médicaments aux centres de santé communautaire.

Ressources humaines : gestion stratégique et formation

Les ressources humaines pour la santé, restent une préoccupation majeure, pour la mise en œuvre du programme sectoriel. La réticence des donateurs, à financer les coûts de fonctionnement tels que les salaires et les incitations à travailler dans les zones rurales et démunies, a été déplorée par le 56ème Comité régional de l’OMS, pour l’Afrique.

L’OMS, est concernée par l’ensemble de la problématique.

A ce titre, elle continuera à :

- Fournir un appui, pour la définition de stratégie de gestion des ressources humaines pour la santé ;
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation de l’expertise et du financement nécessaire au fonctionnement;
- Aider le département à identifier et à mettre en œuvre les réformes nécessaires afin d’améliorer la disponibilité, la stabilité, la répartition équitable, la qualification et la motivation du personnel de santé ;
- Appuyer l’analyse des besoins et celle de l’offre, ainsi que l’actualisation régulière du contenu des formations pour une meilleure adéquation formation/ emploi ;
- Mettre à la disposition du pays, de la documentation technique, notamment aux écoles de formation en sciences de la santé, tant publiques que privées ;
- Attribuer des bourses de spécialisation, aux cadres nationaux et appuyer leur participation aux séminaires internationaux et aux congrès statutaires ;
- Appuyer la supervision intégrée et la formation continue des équipes cadres des districts sanitaires.

Financement alternatif de la santé

Le Mali a une riche expérience en matière de l'organisation de la mutuelle de santé, et de contractualisation. L'OMS est acteur dans ce domaine, et, à ce titre, afin de contribuer à l'augmentation de la proportion des dépenses en santé en faveur des zones rurales, conformément aux besoins identifiés par les comptes nationaux de la santé et l'enquête mondiale de la santé au Mali, elle appuiera l'augmentation de la population mutualisée, notamment par des études de faisabilité, la formation des agents, le suivi des jeunes mutuelles de santé et le plaidoyer; le suivi des dépenses de santé ; l'utilisation plus fréquente de la contractualisation pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Médicaments et technologies essentiels

Dans le cadre de la stratégie pharmaceutique 2008-2013, l'appui de l'OMS sera concentrée sur le renforcement de l'autorité de réglementation pharmaceutique (ARP) ; l'assurance qualité, l'adoption d'une politique de prix et l'organisation du système d'approvisionnement en vue d'une accessibilité large et équitable ; le suivi régulier des indicateurs de la politique pharmaceutique, l'usage rationnel des médicaments essentiels, la promotion de la médecine traditionnelle.

Pour les années à venir, il s'agira d'étendre les centres de transfusion sanguine à toutes les régions du Mali. Dans ce cadre, l'OMS devra : fournir un appui au plan à moyen terme, de décentralisation du Centre national de Transfusion Sanguine ; faire le plaidoyer afin de trouver d'autres partenaires financiers pour l'extension et la continuité des activités du CNTS ; renforcer les capacités des centres de transfusion en vue de l'assurance qualité ; appuyer la promotion du don volontaire de sang et la fidélisation des donateurs.

Coordination et partenariat

Cette composante recouvre deux aspects principaux : d'une part, le besoin de renforcer la participation communautaire grâce à la mise en place d'un cadre de référence, d'autre part la nécessité d'améliorer la coordination de l'ensemble des partenaires, à travers l'approche sectorielle. Ceci est au cœur même du rôle de l'OMS qui sera essentiellement consacré à la participation active dans les organes de gestion du PRODESS et au plaidoyer auprès de tous les intervenants et toutes les initiatives internationales, pour leur engagement dans l'approche sectorielle et l'harmonisation des procédures ; la participation active dans la coordination des activités des agences des Nations Unies dans le cadre du PNUAD ; le renforcement du partenariat avec les ONG et associations œuvrant dans le secteur de la santé.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

Compte tenu de son mandat, l'OMS mettra en œuvre des stratégies qui répondent à l'accomplissement de ses fonctions essentielles. Le renforcement de son rôle de leadership et d'appui conseil, dans le domaine de la santé, devrait lui permettre d'œuvrer de façon plus stratégique, et d'harmoniser ses efforts avec ceux des autres partenaires, dans la mise en œuvre du Plan stratégique national de Développement sanitaire.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique, se fera de manière conjointe, pour l'Organisation toute entière et ceci, à travers les plans biennaux de la période 2008-2013, la mobilisation de ressources, en dehors du budget régulier.

Le Bureau de pays sera en contact permanent avec l'équipe interpays, le Bureau régional et le Siège, pour bénéficier des fonds extrabudgétaires, mobilisés à leur niveau. De son côté, le Bureau de pays redoublera d'efforts pour une mobilisation locale de ressources supplémentaires.

Pour permettre au Bureau de pays, d'améliorer en permanence, la qualité de travail et de bénéficier de certains transferts de compétences requises, pour le pays, on aura recours au personnel technique du Siège, du Bureau régional, et de l'équipe interpays de la sous région de l'Afrique de l'Ouest.

La mise en œuvre de cet agenda, demande une forte implication du bureau. Pour cela, le Bureau de pays devra être suffisamment performant à tous les niveaux, plus précisément, dans les domaines des ressources humaines et financières, des infrastructures ainsi que des équipements.

Implication du Bureau régional et du Siège

Le Bureau régional et le Siège pourront appuyer la mise en œuvre de cet agenda, en terme de :

- Mobilisation de ressources financières additionnelles ;
- Acquisition de moyens roulants (véhicules) ;
- Acquisition d'équipements (informatique, communication, audio visuel...);
- Accélération du recrutement de personnel ;
- Appui technique (consultants, documentations ...).

Implication de l'équipe interpays

L'équipe interpays pourra appuyer la mise en œuvre de cet agenda, en terme de :

- Appui technique (consultants, formations, documentations ...);
- Mobilisation de ressources financières additionnelles.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, se feront à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail des périodes biennales. Conformément au processus gestionnaire de l'OMS, la mise en œuvre du plan biennal, sera suivie tous les six mois, et une évaluation à mi-parcours, sera effectuée à la fin de la première année, avec le ministère en charge de la Santé, notamment, au travers du comité de suivi du programme sectoriel.

L'évaluation à mi-parcours, permettra de revoir l'état de la mise en œuvre du plan, et si besoin est, une replanification des activités en découlera. Une évaluation aura lieu à la fin de chaque période biennale. Une évaluation finale de la stratégie de coopération, sera faite avec les ministères concernés, les partenaires et la société civile, à la fin des 6 années.

Le Global System Management (GSM), qui sera mis en œuvre au sein de l'Organisation toute entière, permettra aux administrateurs de programmes, de mieux suivre la consommation budgétaire et l'atteinte des résultats escomptés, du Bureau de pays.

Outre la contribution du Bureau régional et du Siège, dans le suivi régulier du programme de pays, la conduite d'une évaluation externe, sera faite à la fin de la période, pour apprécier les stratégies d'action et les compétences du Bureau.

CONCLUSION

La nouvelle Stratégie de Coopération tient compte des nouveaux défis, tout en aidant le Pays à relever ses propres défis relatifs au développement sanitaire. Ainsi, l’OMS devra veiller à :

- Appuyer les initiatives relatives à la promotion de l’approche droit humain et droit à la santé, pour un système de santé fort, capable de répondre aux besoins équitables de la société ;
- Appliquer les nouvelles pratiques en matière d’aide au développement, en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome, tout en privilégiant l’approche programme, au niveau du secteur santé « SWAP » ;
- Contribuer à la réforme du Système des Nations Unies, conformément à l’esprit « Delivering as One », en capitalisant les expériences des pays pilotes ;
- Développer et utiliser le cadre de travail soutenant cette réforme, comme l’UNDAF, les programmes conjoints, (à l’instar de la lutte contre le VIH et le Sida, la décentralisation, le Système national intégré de Suivi et Evaluation : SNISE), l’Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources (HACT) ;
- Assumer la responsabilité au niveau national, de la contribution du secteur de la santé, à l’UNDAF, eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs ;
- Assurer la surveillance, l’alerte et l’action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l’ampleur des problèmes liés à la globalisation, i) devant des menaces de pandémies (SRAS, grippe aviaire), ii) devant les risques sur la santé, liés au changement climatique, iii) devant les risques de multi résistance de certains germes, (exemple de la tuberculose) ;
- Contribuer à la mise en œuvre effective, de la politique nationale de décentralisation, au niveau du secteur de la santé.
- Avec le renforcement décrit dans le document présent, l’appui des différents niveaux de l’OMS, la collaboration avec l’ensemble des partenaires, le bureau de l’OMS au Mali, sera à même de jouer son rôle d’appui au gouvernement du Mali, pour amener la population malienne, au niveau de santé le plus élevé possible.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Tableau I : principaux indicateurs démographiques :

Désignation/Indicateur	Donnée	Observations
Taux brut de natalité	45,3 ‰	RGHP 1987*
Taux brut de mortalité	12,6 ‰	RGHP 1987*
Taux d'accroissement global	2,26 %	EMMU 1992-93
Taux d'émigration	1,7 %	EMMU 1992-93
Taux d'immigration	0,8 %	EMMU 1992-93
Taux de migration net	- 0,9 %	EMMU 1992-93

*Données les plus récentes disponibles

Tableau II : ratio Personnel, par population, en 2006 :

Région/Catégorie	Médecin (ratio)	Sages-femmes (ratio)	Infirmiers (ratio)
Kayes	18 716	96 882	12 767
Koulikoro	24 296	56 451	7 298
Sikasso	17 393	60 171	4 525
Ségou	17 787	39 411	4 763
Mopti	25 664	63 172	7 300
Tombouctou	15 391	81 351	4 785
Gao	14 665	29 330	1 938
Kidal	5 662	50 958	1 274
District Bamako	10 588	5 636	4 751
Total région	17 424	26 580	5 378
Région et Niveau national	10 370	23 928	4 190

Normes OMS : 1 Médecin pour 10 000 habitants ; 1 Sage-femme et 1 infirmier pour 5 000 habitants.

ANNEXE 2 :

Budget mobilisé

Tableau III : Budget mobilisé, par l'OMS*

Axes stratégiques	2003			2004-2005			2006-2007			Total Général
	BR**	EB***	Total	BR	EB	Total	BR	EB	Total	
Lutte contre la maladie	189 000	218 1275	2 370 275	453 500	4 370 595	4 824 095	270 000	1 154 000	1 424 000	8 618 370
Santé de la femme et de l'enfant	61 000	170 000	231 000	118 000	373 000	491 000	150 000	429 000	579 000	1 301 000
Promotion de la santé, environnement sain et situations d'urgences	145 000	36 000	181 000	257 000	75 000	332 000	285 000	201 000	486 000	999 000
Système de Santé	541 000	354 000	895 000	788 000	551 500	1 339 500	606 000	1 240 848	1 846 848	4 081 348
Total	936 000	2 741 275	3 677 275	1 616 500	5 370 095	6 986 595	1 311 000	3 024 848	4 335 848	14 999 718

* Ces montants concernent l'ensemble des fonds mobilisés au cours de la période 2003-2007.

** BR = Budget régulier

*** EB = Extra budgétaire

Commentaires : A cela, il faut ajouter, pour la dernière période biennale, le budget mobilisé auprès de la BAD, pour les formations à l'étranger, des agents de santé de la région de Sikasso, d'un montant de 1 985 762 USD.

Tableau IV : Engagements des principaux partenaires au développement, pour la mise en œuvre du CSCRP, volet santé 2007-2011 :

Nom partenaire	Type de partenaire	Domaines principaux d'intervention	Aire d'intervention	Montant
BAD**	Multilatéral	Santé		6 750 000 000 FCFA
	Multilatéral	Lutte contre le VIH/ Sida		4 013 000 000 FCFA
Banque mondiale**	Multilatéral	Lutte contre le VIH/Sida		3 894 000 000 FCFA
Canada**	Bilatéral	Santé	Appui budgétaire sectoriel	3 9081 000 000 FCFA
Chine**	Bilatéral	Santé		2 539 000 000 FCFA
Coopération Allemande (DED, GTZ, KfW)*	Bilatéral	Marketing Sociale (VIH/Sida Planification familiale), Communication dans les domaines stigmatisation/discrimination des PVVH, Financement des centres de test de dépistage, Appui des structures à travers des conseillers (VIH/sida, paludisme) Mainstreaming VIH/sida sur le lieu de travail	Tout le Mali	912.745• (prévu 2008)
CTB et AFD*	Bilatéral	Infrastructures / Appui institutionnel/développement des capacités / RSS	Niveau central et régional (région de Mopti)	16 000 000 Euros
Espagne**	Bilatéral	Santé		3 735 000 000 FCFA
Etats-Unis**	Bilatéral	Santé		58 796 000 000 FCFA
FNUAP**	Multilatéral	Santé		7 853 000 000 FCFA
Fonds d'expertise belgo-malien (PAEX) / CTB*	Bilatéral/Bilatéral	Appui institutionnel / développement des capacités, Gestion des ressources humaines	Niveau central	115,000 EUR
		Appui institutionnel	Niveau central et régional (région de Mopti)	614 826 Euros
France**	Bilatéral	Santé		7 087 000 000 FCFA
IST /CTB*	Bilatéral	Prise en charge des IST dans les régions Nord, du Mali	Niveau régional (région de Mopti et Gao)	350 000 Euros
Japon**	Bilatéral	Santé		18 000 000 FCFA
OIM**	Multilatéral	Lutte contre le VIH/ Sida		13 000 000 FCFA
ONU-SIDA**	Multilatéral	Lutte contre le VIH /Sida		477000 000 FCFA

PAM**	Multilatéral	Santé		15 861 000 000 FCFA
		Lutte contre le VIH/ Sida		3 965 000 000 FCFA
Pays-Bas**	Bilatéral	Santé	Appui budgétaire sectoriel	29 879 000 000 FCFA
PNUD**	Multilatéral	Lutte contre le VIH /Sida		3 889 000 000 FCFA
Suède**	Bilatéral	Santé	Appui budgétaire sectoriel	4 960 000 000 FCFA
Suisse**	Bilatéral	Santé		2 030 000 000 FCFA
UE*	Multilatéral	Appui Budgétaire Global avec indicateurs santé, avec suivi des disparités régionales	Tout le territoire du Mali	ABC = 150 millions •
		Fundacion accion contra el hambre	Gao, Kidal	1019864 Euros
		Handicap international association	Tout Mali	745984.97 Euros
		Entraide médicale internationale EMI association	Bamako, Gao et Ségou	100247.94 Euros
		Samu social international association	Bamako, Gao et Ségou	650186 Euros
		The royal commonwealth society for the blind	Koulikoro	1500000 Euros
		Association appui au développement santé diabète Mali	District Bamako, région Sikasso, Tombouctou, Kayes, Mopti et Ségou, cercle Douentza	742 921.35 Euros
		MSF-Luxembourg, médecins sans frontières, ASBL	11 des 13 cercles Tombouctou, Kidal et Gao	1 600 000 Euros
		Université libre de Bruxelles	Kayes et Sikasso	4 500 000 Euros
		Fondation marcel Mérieux	Tout Mali	3 604 994.1 Euros
UNICEF*	Multilatéral	Soins de santé primaires (PC/IME, vaccination, activités de soutien...)	6 régions	7,177,123 \$
		Nutrition	National	3,290,639 \$
		SONU	6 régions	1,071,000 \$
		VIH/Sida	National	1,062,415 \$
		Eau/Hygiène/Assainissement	National	2,941,748 \$

ANNEXE 3 : DESCRIPTION DU BUREAU DE PAYS

Etat des lieux :

La représentation a un seul Bureau à Bamako, situé à plus de 1650 km de Kidal (capitale régionale la plus distante).

L'équipe de pays compte trente et une personnes dont quatre internationaux. Cinq secrétaires dont deux assurent les travaux de quinze des fonctionnaires techniques. L'administrateur est assisté d'une seule personne qui s'occupe en même temps de l'administration et des finances. Cinq chauffeurs assurent l'ensemble des activités du bureau y compris les missions.

Le site du Bureau de la Représentation de l'OMS, est offert par le gouvernement du Mali. Il comprend 03 bâtiments principaux dont 02 datent de 1962 et le troisième construit en 2004, par l'OMS. 80% des mobiliers de bureau datent de plus de 15 ans.

Le parc informatique est composé d'une trentaine d'ordinateurs dont 40 % ont plus de 4ans et d'une vingtaine d'imprimantes.

Le parc automobile compte neuf véhicules dont 80% ont plus de 08 ans.

Deux groupes électrogènes de faible capacité, non automatisés et non insonorisés, datant de plus de 12 ans, jouent le rôle de backup électrique.

Contraintes du bureau de pays

L'analyse de la situation actuelle du bureau, permet de ressortir les différentes contraintes suivantes :

Dans le domaine des ressources humaines on note :

- Une insuffisance de personnel (technique et administratif) ;
- Un besoin en formation (mise à niveau) du personnel ;
- Un retard dans le renouvellement des contrats ;
- Une insuffisance de communication et d'échange entre le personnel ;
- Un déficit de compétence dans la gestion des archives.

En ce qui concerne les ressources financières, on note :

- Une insuffisance du budget régulier
- Des difficultés de mobilisation des fonds extrabudgétaires.

Dans le domaine des infrastructures et des équipements on note :

- La vétusté des installations (électrique, sanitaires ...) des locaux ;
- La vétusté et insuffisance du mobilier de bureau ;
- Les paralysies fréquentes du bureau en termes de communication, dues aux pannes fréquentes ; du GPN, et le long délai dans le rétablissement des connexions, par le prestataire éloigné ;

- L'insuffisance et la vétusté des équipements informatiques et le déficit en licences de logiciels ;
- Le manque d'un système performant de backup, en cas de coupure d'eau et d'électricité ;
- L'insuffisance et la vétusté du parc automobile ;
- Le manque de système de communication radio sur tous les véhicules de mission ;
- La non application des recommandations issues du plan de sécurité pour le bureau ;
- Notons aussi que l'étendue du territoire, l'éloignement et l'enclavement de certaines capitales régionales, par rapport à Bamako, sont à l'origine des difficultés de mises en œuvre, de certaines activités du bureau.

Défis du bureau de pays

En termes de défis à relever, les propositions sont les suivantes :

Dans le domaine des Ressources Humaines

- Renforcer les capacités du bureau en termes de ressources humaines, par le recrutement du personnel technique (pour les programmes) et administratif (02 secrétaires/assistants, 02 chauffeurs) ;
- Renforcer les compétences du personnel par la formation continue, dans divers domaines, par conséquent, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation, s'avère nécessaire ;
- Mettre en place un système performant de renouvellement des contrats et de suivi des dossiers du personnel ;
- Favoriser le travail en équipe, et mieux faire connaître au personnel, les règles et procédures de l'organisation, en améliorant la communication et la transparence entre l'administration et le personnel, à tous les niveaux d'une part, et perpétuer les échanges entre les fonctionnaires techniques, d'autre part ;
- Mettre en place un système performant d'archivage, de suivi et de gestion électroniques des documents ;
- Recruter deux coordinateurs régionaux (Kayes et Mopti) afin de renforcer les capacités d'intervention rapides du bureau sur le terrain.

Dans le domaine des Ressources Financières

- Procéder à une planification judicieuse et une bonne répartition du budget régulier afin de prendre en compte toutes les activités de renforcement du bureau ;
- Diligenter la mobilisation des fonds extrabudgétaires planifiés, en élaborant à temps, des requêtes et projets bancables, et procéder à leur utilisation ;
- Elargir le spectre de mobilisation des ressources en identifiant et sollicitant l'appui des partenaires et bailleurs locaux.

En ce qui concerne les infrastructures et équipements

- Procéder à la rénovation des anciens bâtiments et améliorer l'entretien des locaux ;
- Acquérir de nouveaux mobiliers de bureau et équipements informatiques, et remplacer ceux qui sont vétustes ;

- Renforcer les capacités du personnel (ICT), pour la prise en charge rapide des pannes liées au GPN ;
- Installer un système de backup performant pour l'eau (cuve de réserve) et l'électricité (groupe électrogène automatisé) ;
- Renouveler et agrandir le parc automobile (Voiture officielle 01 ; véhicule de Mission 09) ;
- Mettre en œuvre toutes les recommandations du plan de sécurité du bureau, afin d'être « MOSS compliant » (accès locaux, télécommunication...).

Budget et Plan de mise en œuvre

Le tableau en annexe 2, décrit en détail, les budgets et le chronogramme de mise en œuvre de l'agenda.

L'exécution de l'agenda s'étalerait sur la période couverte par la stratégie de coopération, selon les priorités des plans de travail.

ANNEXE 4 : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Rapport de mission du Dr P. Challenge, Complice Officer, OMS/Mali, 2008.
- (2) Stratégie de coopération de l'OMS avec la République du Mali, 2008-2012.
- (3) Guide lines for updating country cooperation strategy in the WHO African Region, 2008.
- (4) Le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD, 2008-2012, Bamako, 2007).
- (5) Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR 2007-2013).
- (6) Rapport du Comité de Suivi 2007 (Secrétariat Permanent du PRODESS, Bamako – 2007.
- (7) Stratégie de coopération de l'OMS avec le Mali, 2003-2007.
- (8) Plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF), Mali 2003-2007.
- (9) Le rapport 2006, sur le Développement humain durable au Mali, PNUD, 2006.
- (10) Enquête démographique et de Santé (EDSM-IV) – 2006.
- (11) Evaluation du Programme biennal 2006-2007, de l'OMS/Mali, Bamako, décembre 2006.
- (12) Onzième programme général de travail, 2006-2015 : Programme mondial d'action sanitaire - OMS, 2006.
- (13) Règlement sanitaire international - 2005 ; OMS, 2006.
- (14) Programme de développement sanitaire et social (PRODESS II 2005-2009) - Gouvernement du Mali – Décembre 2006.
- (15) Profil-pays, OMS, Bamako – 2005.
- (16) Bilan commun de pays, Système des Nations Unies - Mali 2001 - février 2002.
- (17) La situation des enfants dans le monde 2002, prendre l'initiative.
- (18) Rapport d'activités du Ministère de la Santé, de juin 1992 à juillet 2001 - août 2001.
- (19) Rapport d'activités du Ministère de la Santé, de juin 1992 à juillet 2001 - août 2001.
- (20) Rapport mondial sur le Développement humain, 2001. PNUD, 2001.
- (21) Santé et Pauvreté : document d'analyse de la situation sanitaire, au Mali - Ministère de la Santé, 2001.
- (22) Enquêtes démographiques et de Santé, EDS III Mali, 2001.
- (23) Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments, au Mali - Direction de Pharmacie et de Médicament, 2001 - juillet 2001.
- (24) Bilan compilé des régions - Ministère de la Santé, 2001.
- (25) Budget spécial d'investissement (BSI, Mali) - mai 2001.
- (26) Composante santé et population, du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté - septembre 2001.
- (27) Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP Mali) : Version provisoire - octobre 2001.
- (28) Document préparatoire de la mission de supervision des partenaires - juin 2001.
- (29) PRODESS : janvier - mai 2001) - juin 2001.
- (30) Plan décennal de Développement sanitaire et social, 1998-2007 : Rapport de la réunion du comité technique - première réunion trimestrielle, Sikasso 23, 24 et 25 mai 2001 - juin 2001.
- (31) Programme triennal d'investissement des pays (PTI) 2001-2003 – mai 2001
- (32) Une proposition de stratégie pour le programme de coopération (République du Mali/UNICEF 2003 2007 - octobre 2001.
- (33) Rapport de synthèse de l'étude nationale prospective « Mali 2025 » - mai 2001
- (34) Recommandations visant à renforcer le programme anti-corruption au Mali, Banque mondiale, octobre 2001.
- (35) Bilan commun de Pays : Mali. Nations Unies, 2001.
- (36) Etude relative aux conséquences de la création des collectivités territoriales (communes en particulier), sur le secteur de la Santé (rapport définitif) - janvier 2001.

- (37) State of the World's Mothers 2001, a report by Save the Children.
- (38) Annuaire du système local d'information sanitaire, 2000-2001.
- (39) Rapport provisoire du recensement du personnel de santé et de développement, élaboré par la mission d'appui aux ressources humaines, 2000.
- (40) Banque mondiale - Rapport annuel 2000 : Bilan annuel et états financiers résumés.
- (41) Rapport sur les résultats de validation et de chiffrage des objectifs spécifiques mesurables (OSM) de la SNLP - décembre 2000.
- (42) Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant.
- (43) Evaluation des indicateurs de référence de l'OMS, pour le suivi de la politique pharmaceutique nationale, du Mali - novembre 1999.
- (44) Rapport technique du séminaire-atelier d'initiation des enseignants du CSTS, à la docimologie - Tabacoro, 26 décembre 1998 à janvier 1999.
- (45) Décret N°99-204/PM-RM du 22 juillet 1999, portant création d'un comité interministériel pour la promotion de la Santé et de l'Action Sociale.
- (46) Cadrage financier et étude de faisabilité - Programme de développement sanitaire et social.
- (47) (PRODESS) 1998 - 2002 - juin 1998.
- (48) Rapport technique du séminaire-atelier d'initiation des enseignants du CSTS, à la docimologie - Niamana, 24 au 31 août 1998.
- (49) Programme de Développement sanitaire (PRODESS), 1998-2002 - mai 1998.
- (50) Domaines d'investissements prioritaires du programme sectoriel, santé et action sociale, 1998-2002 - janvier 1998.
- (51) La Revue du système international de l'aide au Mali : Rapport d'étape, y compris les propositions les plus récentes, 20 mars 1998.
- (52) Plan décennal de Développement sanitaire et social : Plan d'investissement des 2 premières années du PRODESS par catégories de dépenses et sources de financement - août 1998.
- (53) Recensement général de la Population et de l'Habitat, 1998.
- (54) Politique sectorielle de santé et de population, au Mali : Répertoire analytique des documents relatifs à la mise en œuvre - Tome I - Draft juin 1997.
- (55) Projet de Plan décennal de Développement sanitaire et social 1998-2007 - Draft n°1 - juillet 1997.
- (56) Projet de Plan décennal de Développement sanitaire et social 1998-2007 - Draft n°1 - juillet 1997.
- (57) Rapport Direction nationale de l'Hydraulique et de l'Energie, 1996.
- (58) Politique de santé au Mali : Dynamiques d'une réforme : Draft n°4 - novembre 1996.
- (59) Recensement général de la Population et de l'Habitat 1987.
- (60) Document préparatoire pour la mission de supervision des partenaires.
- (61) Opérationnalisation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SNLP) - Annexe I.
- (62) Politique de Santé Pour Tous, dans la Région africaine, pour le 21^{ème} siècle - Agenda 2020 OMS, Bureau régional pour l'Afrique.
- (63) Projet de programme d'activités et dispositif institutionnel de la mise en œuvre et du suivi de la réforme.
- (64) Le Plan stratégique à moyen terme, de l'OMS.
- (65) Les comptes nationaux de Santé.
- (66) L'Enquête mondiale de la Santé, au Mali.
- (67) Cadre politique de coopération technique de l'OMS, avec les pays de la Région africaine, 1995.
- (68) Constitution de l'OMS, 1948.