

Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire

APERÇU DU PAYS: MALI



Remerciements

AUTEUR : Danielle Boyda

SUPPORT : Aïssata Maiga (Muso), Adama Diakité (MSAS), Brahim Koné (DGSHP), Konaré Zan (FENASCOM), Traoré Boubacar (AMM), Rashidi Amboko (UNICEF), Jean Kamate (USAID), Oumar Sidibé Sekou (Fondation Aga Khan), Pascal Dakouo Sina (Fondation Aga Khan), Abigail McDaniel (EYElliance)

ÉDITION ET GRAPHISME : Jennie Greene et Michelle Samplin-Salgado (Springfly)

TRADUIT PAR : Mounia Malki

CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE : IFDC / Moctar Menta, USAID Mali

DATE DE PUBLICATION : Août 2021

Table des matières

Acronymes	1
Préface	2
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles	2
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »	3
<i>Aperçus de pays</i> relatifs à la réforme institutionnelle.....	5
Paysage du système de santé communautaire au Mali	6
Accessibilité sanitaire et résultats.....	6
Les bases de la réforme de la santé communautaire au Mali	8
Décentralisation et dissémination des ASACO	8
Systèmes de Cogestion Communautaires pour la Santé	9
Efforts pour combler les lacunes de la santé communautaire	10
L'introduction des agents de santé communautaire et la Stratégie SEC.....	11
Les défis liés à l'institutionnalisation au Mali	14
L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme	20
Objectifs de l'investissement pour l'ICH au Mali	20
Stratégies de réforme et réussites pendant la période de l'investissement pour l'ICH.....	21
Opportunités et prochaines étapes	29
Préparation et lancement du programme	30
Gouvernance, gestion et apprentissage du programme	31
Pour conclure	31
Références	33

Acronymes

AMM	Associations des Municipalités du Mali
ASACO	Association de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
CNSEC	Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSU	Couverture sanitaire universelle
DHIS2	Système de gestion de l'information sanitaire
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
GFF	Mécanisme de financement mondial
HP+	Health Policy Plus
ICH	Intégration de la santé communautaire
IHP+	Partenariat international pour la santé
LMH	Last Mile Health
MAP	Plan d'action pour le Mali
MGF/E	Mutilations génitales féminines/Excisions
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASEC	Programme d'Appui à la pérennisation des SEC
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PRODESS	Programme de développement socio-sanitaire
RAMED	Régime d'assurance médicale
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
SEC	Soins essentiels dans la communauté
SECPro	Projet de renforcement de la Stratégie des SEC
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international

Préface

Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles

Dans le monde, près de la moitié de la population n'a pas accès aux services de santé essentiels. L'accent est mis de plus en plus sur le rôle des communautés et de leur engagement, particulièrement celui des agents de santé communautaires (ASC) comme moyen de parachever le système de soins de santé primaires (SSP)¹. Les programmes d'ASC performants et mis à l'échelle constituent un volet essentiel des SSP adaptés, accessibles, équitables et de haute qualité.

Reconnaissant le potentiel de la santé communautaire pour combler les lacunes en matière de couverture sanitaire, d'amélioration de la protection financière, et de soutien à l'accès à des soins de qualité, la Déclaration d'Astana de 2018 participe à renforcer le rôle de la santé communautaire dans les SSP comme vecteur d'accélération des progrès pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Avant cette Déclaration, le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à ceux en développement durable (ODD) a également contribué à repositionner les communautés à la fois en tant que ressources pour le renforcement des systèmes de santé, mais aussi comme sources de résilience pour les personnes et les familles.

En 2016, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a lancé une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates pour faire progresser les engagements des pays, de sorte que les communautés deviennent des ressources dans les systèmes des SSP afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). La collaboration pour l'intégration de la santé

communautaire (*Integrating Community Health* ou ICH) a généré un mouvement mondial, comptant plus de vingt pays, pour élever les priorités nationales et les progrès réalisés destinés à institutionnaliser la santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires. L'USAID, en collaboration avec l'UNICEF, a investi dans des partenariats catalyseurs avec les gouvernements, leurs ONG partenaires compétentes, et des communautés dans sept pays (Bangladesh, Haïti, Kenya, Liberia, Mali, Ouganda, et République démocratique du Congo) pour institutionnaliser les réformes et les enseignements tirés, en mettant l'accent sur les ASC.

Dans le cadre de ces efforts, par le biais du projet Frontline Health, mené avec deux partenaires principaux (Population Council et Last Mile Health), la Fondation Bill & Melinda Gates a soutenu l'élaboration de nouvelles données probantes et de connaissances concernant la mesure de la performance, le plaidoyer et les voies de mise à l'échelle dans les sept pays concernés. S'appuyant sur le cadre du cycle de réforme de la santé communautaire de Last Mile Health, les *Aperçus de pays* soulignent les partenariats catalyseurs pour l'ICH afin de renforcer les programmes nationaux d'ASC en tant que composante essentielle des SSP et les intégrer dans le contexte des réformes institutionnelles et de l'engagement politique nécessaire pour améliorer les résultats nationaux en matière de santé.

Réinventer les systèmes de santé pour atteindre la CSU nécessite un leadership et un engagement politique au sein même des pays. En effet, ceux-ci doivent mobiliser la société dans son ensemble, aussi bien le secteur public et privé que les communautés, car ils constituent des ressources

essentielles à cet effort. L'élément communautaire des SSP doit être conçu pour permettre au système de santé d'atteindre les populations les plus mal desservies, de traiter les pandémies, de combler les lacunes en matière de survie infantile et d'accélérer la transformation des systèmes de santé. Sans un appui élargi aux programmes nationaux d'ASC, l'accélération mesurable dont nous avons urgemment besoin pour atteindre les cibles des ODD en matière de santé d'ici à 2030 risque de ne pas voir le jour. Avec une décennie

pour atteindre les ODD, et face aux défis posés par les réponses à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), il est primordial de créer une dynamique politique mondiale avec les pays et les bailleurs de fonds pour soutenir les priorités nationales urgentes, évaluer les progrès réalisés, mais aussi développer et partager de nouvelles connaissances afin d'orienter des choix politiques audacieux favorables à une approche pansociale aboutissant au renforcement des systèmes de santé.

Ressources utiles

- [Vision de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé d'ici à 2030](#)
- [La Déclaration d'Astana](#)
- [Résolution sur les ASC](#)
- [Directives sur les programmes relatifs aux agents de santé communautaires](#)
- [Exemplars : Les agents de santé communautaires](#)
- [La feuille de route pour la santé communautaire](#)
- [Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017](#)
- [Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2021](#)
- [La Communauté des Pratiques Santé Communautaire \(CH-CoP\)](#)
- [Global Health : Science and Practice, Supplément 1 \(Mars 2021\)](#)
- [Journal of Global Health : Promouvoir les évaluations, les politiques et les pratiques de la santé communautaire](#)

L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »

Les *Aperçus de pays* présentés dans cette série soulignent les efforts de réformes pour l'ICH entrepris par les sept pays au sein d'un cadre de réforme institutionnelle : le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire (désigné ici sous l'expression « cycle de réforme »)². Les pays expérimentent la réforme des systèmes de santé communautaire comme un processus et un cheminement vers l'institutionnalisation de la santé communautaire. La probabilité qu'une réforme particulière soit institutionnalisée avec succès dans un environnement politique donné dépend non seulement de la volonté politique et de l'adhésion des principaux partenaires, de la conception

technique des politiques, mais aussi de la capacité et des ressources disponibles pour lancer et gérer l'intervention, ainsi que de la capacité à tirer des enseignements, et de la volonté d'adapter et d'améliorer le programme au fil du temps.

Le cadre du cycle de réforme a été à la fois guidé et affiné grâce à une analyse descriptive des parcours de réforme pour l'ICH de chaque pays. Les *Aperçus de pays*, tirés des investissements pour l'ICH dans la réforme des systèmes de santé communautaire, démontrent les liens pratiques entre la littérature existante et les expériences spécifiques à chaque pays. Ce cadre fournit aux

dirigeants des systèmes de santé une approche pour planifier, évaluer et renforcer les réformes institutionnelles nécessaires afin de prioriser les programmes d'agents de santé communautaire dans le cadre de stratégies nationales de soins de santé primaires destinées à parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Le cycle de réforme illustre les différentes étapes de la réforme institutionnelle, qui sont

synthétisées ci-dessous. Les réformes peuvent englober l'ensemble d'un programme d'agents de santé communautaire ou cibler des éléments spécifiques de systèmes tels que les systèmes d'information sanitaire (SIS). Bien que les réformes ne suivent pas toujours chaque étape dans l'ordre et que le calendrier puisse varier en fonction de la complexité du programme ou de l'activité, une planification réfléchie et exhaustive peut renforcer l'adhésion et l'efficacité globale.

SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



PRIORISATION DU PROBLÈME

Les acteurs identifient un problème significatif et pertinent. Ils diagnostiquent les points sensibles et les besoins non satisfaits, avant de les relier, dans la mesure du possible, aux domaines prioritaires de la réforme. Les acteurs reconnaissent la nécessité d'une réforme au sein du système de santé communautaire et s'engagent à adopter une vision commune pour combler les lacunes.

CONSTITUTION DE COALITIONS

Un groupe est formé autour d'un problème ou d'une vision convaincante. Les membres définissent les objectifs, les rôles, la taille et la composition de la coalition. Des membres aux parcours professionnels riches et variés occupent des rôles essentiels dans l'effort de réforme (par exemple, des leaders, connecteurs, contrôleurs, bailleurs de fonds, facilitateurs, champions du changement, et chargés de liaison avec les acteurs clés extérieurs à la coalition).

RECUEIL DE SOLUTIONS

Les solutions potentielles sont rassemblées, en s'inspirant des programmes locaux et internationaux existants. Les acteurs définissent des critères et des indicateurs pour évaluer les solutions, et testent, dans la mesure du possible, des idées spécifiques de réforme. Les solutions prometteuses sont classées par ordre de priorité en vue de leur intégration dans le système de santé.

CONCEPTION

Les principaux décideurs, parties prenantes et planificateurs définissent différentes options pour la conception du programme. Dans la mesure du possible, des éléments probants sur les options, le coût attendu, l'impact et la faisabilité sont identifiés. Par le biais de consultations, d'ateliers et d'autres moyens, les parties prenantes donnent leur avis sur les options, et les décideurs choisissent une conception. Il peut s'agir de plans opérationnels, de matériel de formation, de descriptions de postes, d'outils de gestion, de systèmes de collecte de données et de processus relatifs à la chaîne d'approvisionnement.

PRÉPARATION

Les membres et champions de la coalition préparent le lancement en obtenant l'adhésion des acteurs essentiels au lancement, au déploiement et à la poursuite du programme. Les parties prenantes traduisent également la conception du programme en plans opérationnels chiffrés comprenant des stratégies et des outils clairs pour le lancement et le déploiement. Des plans d'investissement pour un financement durable et des mécanismes de financement sont mis en place. Les parties prenantes sont préparés à leurs nouveaux rôles et responsabilités, et les domaines susceptibles de poser des conflits de politiques/protocoles sont traités.

LANCEMENT

De nouvelles politiques, de nouveaux processus et de nouvelles structures organisationnelles sont mis en œuvre, et les acteurs clés assument leurs nouveaux rôles. Au fur et à mesure que ces changements évoluent, les enseignements sont recueillis pour faire preuve de dynamisme et identifier les défis à relever pour leur application. Une attention particulière est accordée aux questions relatives au déploiement, et des modifications opportunes sont apportées, au besoin, au niveau de la conception et de la mise en œuvre.

GOUVERNANCE

Les parties prenantes établissent un cadre de gouvernance avec les organes directeurs, et les rôles, responsabilités et droits décisionnels définies. Des processus sont établis pour la gestion des risques et des problèmes, l'engagement des parties prenantes et la communication transversale. Les acteurs suivent les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme afin d'améliorer une prise décisionnelle claire et de traiter les questions ou les défis majeurs.

GESTION & APPRENTISSAGE

Les parties prenantes clés passent régulièrement en revue les données du programme pour façonner la résolution des problèmes au niveau national ou infranational. Les parties prenantes s'engagent dans un processus continu d'apprentissage et d'amélioration, en identifiant les défis et les changements dans la conception du programme ainsi que les autres obstacles des systèmes.

Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle

BUT ET OBJECTIFS DES APERÇUS DE PAYS

- Présenter un panorama de la santé communautaire dans chaque pays ;
- Exposer la vision du pays en matière de réforme de la santé communautaire et positionner les progrès réalisés à ce jour dans le cadre du cycle de réforme ;
- Articuler les défis primaires liés à l'institutionnalisation de la santé communautaire auxquels le pays est ou a été confronté au début de l'investissement pour l'ICH ;
- Retracer le processus d'élaboration des politiques et de plaidoyer entrepris par les parties prenantes des pays pour faire progresser les réformes, en utilisant l'investissement pour l'ICH comme catalyseur ;
- Identifier les enseignements tirés et les occasions de renforcer les réformes existantes découlant de l'investissement pour l'ICH.

Les *Aperçus de pays* servent de compléments à d'autres ressources créées dans le cadre et par-delà les investissements pour l'ICH, telles que les Feuilles de route pour l'accélération de la santé communautaire des pays, les études de cas nationales pour l'ICH, ainsi que les recherches menées dans le cadre du projet Frontline Health. Les *Aperçus de pays* mettent l'accent sur le suivi des processus de sélection, de plaidoyer et de mise en œuvre des politiques. Ensemble, ces initiatives complémentaires accélèrent la réforme des systèmes de santé communautaire et font progresser les efforts pour atteindre un système de soins de santé primaires solide et une couverture sanitaire universelle (CSU).

APPROCHES & MÉTHODES

Les *Aperçus de pays* mettent en évidence des exemples du parcours de réforme d'un pays à travers les étapes spécifiques de l'institutionnalisation décrites dans le cadre. Les *Aperçus de pays* montrent les caractéristiques

de chaque étape dans le contexte du pays et mettent en évidence des exemples saillants de l'apprentissage et de la réussite des pays. Les *Aperçus de pays* ont été créés grâce à un processus fait d'études documentaires et de consultations avec les parties prenantes des pays. Les parties prenantes comprenaient notamment des représentants actuels et anciens des Ministères de la santé, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et techniques, ainsi que des représentants d'institutions multilatérales et bilatérales. Les *Aperçus de pays* ont permis de mettre en évidence les perspectives existantes dans les documents politiques et stratégiques, bien souvent difficiles d'accès pour celles et ceux qui ne travaillent pas dans le pays, ainsi que les nouvelles perspectives acquises par des méthodes telles que des ateliers ou des entretiens approfondis avec les principales parties prenantes. Lorsque l'*Aperçu de pays* s'appuie sur des documents existants, les références ont été indiquées. Les informations et recommandations des parties prenantes des pays sur l'application du cycle de réforme ont servi non seulement à valider le cadre, mais aussi à mettre en évidence les façons dont celui-ci peut permettre de retracer de récits efficaces de réformes, et d'accélérer les efforts d'élaboration de politiques et de plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Ces récits révèlent des possibilités d'accélérer la priorisation des programmes d'agents de santé communautaire ainsi que des stratégies de soins de santé primaires pour faire avancer les objectifs visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Au cours des consultations, de nombreuses parties prenantes des pays ont fourni des commentaires judicieux sur les applications du cycle de réforme, soulignant notamment que le cadre a permis d'identifier une approche susceptible d'accélérer l'établissement des politiques et le plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Paysage du système de santé communautaire au Mali

Accessibilité sanitaire et résultats

Le Mali a récemment annoncé une série de plans ambitieux pour réformer son système de santé, avec notamment l'adoption en 2018 d'une loi sur l'assurance maladie universelle ainsi que le futur déploiement d'agents de santé communautaires (ASC) professionnels à l'échelle nationale. Le Plan d'action pour le Mali (*Mali Action Plan* ou MAP) 2020-2030 garantit que « le Mali réalisera les plus grandes améliorations des indicateurs clés de santé en Afrique d'ici 2030 », grâce à une proposition inspirante visant à investir dans la modernisation des infrastructures de santé et à accroître considérablement l'accès aux soins de santé en supprimant les obstacles financiers et géographiques aux soins³.

Disposant d'indicateurs de santé parmi les plus

faibles au monde, le Mali a un besoin urgent de ce type d'investissement ambitieux pour progresser.

En effet, le Mali est l'un des cinq pays les plus touchés par les maladies transmissibles, néonatales, maternelles et nutritionnelles, particulièrement le paludisme dont le taux d'incidence est parmi les plus élevées au monde³⁻⁵. Sans un investissement important dans le système de santé malien, les résultats risquent de s'aggraver à mesure que le changement climatique progresse et appauvrit davantage un pays qui dépend fortement de l'agriculture irriguée par les précipitations et qui est déjà confronté au lourd fardeau de la malnutrition. Ainsi, parmi les enfants de moins de cinq ans au Mali, près d'un cinquième souffre de malnutrition et un dixième est émacié³. Bien que le Mali ait connu une certaine amélioration de ses indicateurs de santé au cours des deux dernières décennies, le tableau 1 montre que de nombreux indicateurs sont encore d'une insuffisance inacceptable.

TABLEAU 1 : Les indicateurs en matière de santé primaire au Mali

INDICATEURS	2012-2013 (DHS) ⁶	2018 (DHS) ⁷
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	56	33
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes)	95	101
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 habitants)	368	325
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	39 %	45 %
Taux de couverture des enfants souffrant de la diarrhée traités avec la SRO	40 %	43 %
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	26 %	24 %
Taux de couverture des accouchements en présence d'un personnel qualifié	58.6 %	67.3 %
Femmes enceintes qui assistent à au moins 4 CPN	41 %	43 %

OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Au Mali, les faibles résultats en matière de santé reflètent les obstacles géographiques et financiers auxquels sa population est confrontée quand il est question d'accéder aux services de santé. Sur les 19 millions d'habitants du Mali, seuls 57 % ont accès à des services de santé dans des centres de santé situés à moins de 5 kilomètres de leur habitation⁸. La plupart des régions comptent moins de cinq agents de santé pour 10 000 habitants, puisque 45 % de l'ensemble des professionnels de santé se trouvent dans la capitale, Bamako³. L'insécurité et la faible densité de population dans le nord et le centre du pays ont rendu extrêmement difficile la fourniture de services de santé essentiels. Ces régions, en particulier, connaissent des ruptures dans la chaîne d'approvisionnement des produits de santé, une disponibilité faible en personnel qualifié, et des ressources nationales redirigées pour répondre aux besoins humanitaires et sécuritaires. Les obstacles à l'accès aux soins de santé se traduisent par de fortes disparités à travers le pays, avec une couverture vaccinale complète allant de 52 % à moins de 1 % par région, et une mortalité des enfants de moins de cinq ans qui est presque deux fois plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines (111 contre 61 pour 1 000 naissances vivantes)³.

Les obstacles financiers aux soins de santé au Mali peuvent trouver leur origine, en partie, dans l'Initiative de Bamako. Signée par les Ministres de la santé de tout le continent africain lors d'une réunion régionale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui s'est tenue au Mali en 1987, l'Initiative de Bamako a marqué la politique de santé d'une majorité des pays du continent africain au cours des trente dernières années. Conformément aux principes énoncés dans l'Initiative de Bamako, le Gouvernement du Mali s'est désengagé du secteur des soins de santé primaires et a transféré les coûts aux utilisateurs en imposant des frais de service^{3,9}. Ces frais représentent un obstacle souvent insurmontable dans un pays où presque la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et qui se trouve au 184^{ème} rang sur 189 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH)^{10,11}. Par conséquent,

en 2017, 46 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à se rendre dans un centre de santé lorsqu'elles avaient besoin de soins à cause des coûts trop élevés³. En 2015 par exemple, les dépenses de santé à la charge des patients ont été à elles-seules responsables de l'augmentation de 2,3 % du nombre de personnes vivant dans la pauvreté au niveau national³.

Les dépenses à la charge des patients représentent 35 % des dépenses de santé du Mali, déjà exceptionnellement faibles à 30 dollars par habitant³. En 2018, le Gouvernement malien ne consacrait que 0,2 % du budget national aux soins de santé primaires³, de sorte que le système de santé était mal équipé pour répondre aux besoins de sa population. Pour celles et ceux qui parviennent à se faire soigner dans un centre de santé, les conditions sont profondément inadéquates, en particulier dans les zones rurales. Seuls 25 % des centres de santé communautaires (CSCoM) disposent d'un accès fiable à l'eau, et 93 % de ceux qui n'ont pas d'eau desservent les populations rurales. Dans les zones rurales, seuls 28 % des établissements disposent de tous les équipements essentiels, tels qu'une balance, un thermomètre, un stéthoscope, un tensiomètre et une source de lumière³. Dans l'ensemble, le manque d'investissement fondamental dans le système national de santé a rendu les soins de santé primaires de qualité inaccessibles à la plupart des habitants du Mali, en particulier dans les zones rurales et les régions frappées par l'insécurité.

UN REGARD PROSPECTIF : RÉFORMES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ

Les réformes du système de santé malien visent à mobiliser des ressources pour améliorer grandement les services de soins de santé primaires et renforcer le système de santé communautaire afin d'apporter des soins de qualité aux portes des populations rurales. Le déploiement d'un système de santé communautaire efficace a progressé par à-coups, les communautés maliennes jouant un rôle essentiel dans la mise en œuvre du programme de santé communautaire. Le Mali est maintenant dans un moment charnière : en 2019, le Président de la République alors en exercice, M. Ibrahim Boubacar Keïta, a annoncé l'intégration

d'un réseau d'ASC professionnalisé dans le secteur formel de la santé¹², une réalisation en faveur de l'institutionnalisation de la santé communautaire que peu d'autres pays ont réalisée. Le Plan d'action pour le Mali (MAP), récemment annoncé, expose la vision du pays pour une réforme ambitieuse de la santé, y compris la gratuité d'une série de services de soins de santé primaires pour les femmes, les enfants, et les personnes âgées, ainsi qu'un cadre national d'ASC professionnels et rémunérés. Bien qu'il reste à voir si le Mali sera en mesure de rendre pleinement opérationnelle cette vision d'un système de santé communautaire institutionnalisé, les récents engagements du pays témoignent d'une volonté politique remarquable. La réalisation des objectifs du MAP apporterait un changement transformationnel dans un pays qui continue de faire face à des résultats sanitaires insatisfaisants.

Les bases de la réforme de la santé communautaire au Mali

DÉCENTRALISATION ET DISSÉMINATION DES ASACO

L'engagement communautaire et le leadership de la société civile ont joué un rôle particulièrement central dans le système de santé du Mali pendant des décennies¹³⁻¹⁵. Depuis l'aube de la santé communautaire au Mali, la réforme et l'institutionnalisation du système de santé communautaire sont étroitement liées à la question des financements.

Dans un contexte de politiques d'ajustement structurel, de l'Initiative de Bamako, et de décentralisation sanitaire, l'État malien s'est progressivement désengagé des services de soins de santé primaires au cours des années 1980 et 1990. Ainsi, l'État a transféré la gestion des soins de santé primaires aux communautés organisées en associations, dénommées Associations de santé communautaire (ASACO), pour gérer leurs problèmes de santé. Les communautés

ont contribué à construire des postes de santé locaux connus sous le nom de Centre de Santé Communautaire (CSCoM), qui fonctionnaient selon un système de remboursement des coûts, sous la gestion de l'ASACO^{9,16,17}.

Ce modèle a suscité l'intérêt des responsables publics qui cherchaient à faire progresser la décentralisation et à réduire les dépenses publiques. Initialement développé dans le cadre d'une auto-organisation communautaire, le modèle des ASACO a été standardisé, adopté comme politique nationale et rapidement étendu, souvent avec une faible participation de la communauté^{9,13,16}. Au cours des années 1990 et au début des années 2000, les CSCoM ont été bien établis en tant que pilier de multiples documents et plans de politique de santé^{16,18}. Les CSCoM ont ainsi constitué la base du système de santé malien. Aujourd'hui les infirmières, les sages-femmes et les assistants médicaux offrent un paquet de services de base curatifs, préventifs et de promotion de la santé dans les quelques 1 368 CSCoM opérationnelsⁱ. Cependant, les acteurs de la santé communautaire estiment que 1 336 structures supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins de la population, car de nombreux CSCoM desservent une zone de couverture beaucoup plus large que prévu, et 43 % des maliennes et des maliens vivent à plus de cinq kilomètres d'une structure de santé¹⁹.

SYSTÈMES DE COGESTION COMMUNAUTAIRES POUR LA SANTÉ

Dès le début, les ASACO avaient des difficultés pour assurer la viabilité financière des CSCoM, que ce soit en mobilisant les ressources initiales nécessaires au lancement d'une nouvelle structure ou en s'assurant que les CSCoM soient suffisamment rentables pour les maintenir de façon fonctionnelle^{9,13}. Face à ces défis persistants, les ASACO et l'État malien ont signé en 1994 la Convention d'Assistance Mutuelle, en vertu de laquelle les gouvernements communaux locaux devaient soutenir le financement des CSCoM. Les

ⁱ Le paquet minimum d'activités comprend le diagnostic et le traitement des maladies courantes, comme par exemple les infections parasitaires, et le référencement des cas plus complexes. Les services de prévention et de promotion comprennent les vaccinations, les consultations pré et postnatales, la promotion de l'hygiène, l'éducation sanitaire, la sensibilisation à la contraception, les accouchements simples, les tests de base (urinaires, sanguins, fécaux). Le nombre de CSCoM existants a été rapporté par la FENASCOM à la fin de 2018.

communes se sont engagées, en fonction de leurs capacités financières, à contribuer au coût des infrastructures des CSCom, à fournir le stock initial de médicaments génériques essentiels, et à verser une subvention annuelle pour les équipements importants, ainsi qu'une partie des salaires et du budget d'activité des CSCom¹³. En pratique, la mobilisation de ces fonds constitua un défi important¹⁹. Renouvelée en 2004, la Convention d'Assistance Mutuelle a rattaché la prestation de santé au niveau communautaire du Gouvernement malien aux autorités communales locales, et le transfert des responsabilités en matière de services de santé au niveau local marque à ce jour le paysage des soins de santé primaires au Mali.

La santé communautaire est donc cogérée par l'ASACO en partenariat avec la municipalité. Ils sont appuyés par un réseau d'autres acteurs locaux, tels que des représentants des partenaires communautaires, des services techniques et cliniques de l'État, des ONG, des personnels clinique des CSCom, et des mutuelles^{4,20}. Dans le cadre de ce système de gestion coopérative, tous sont réunis au sein d'un comité, et les responsabilités sont partagées au sein d'une mosaïque de rôles qui se recoupent, à savoir : la formation, la supervision et la gestion de la performance ; le recrutement et la contractualisation du personnel ; la responsabilité et la gestion financière, et le paiement des salaires. Le fonctionnement de ce système est très variable, et des tensions apparaissent souvent en raison du manque de fonds^{13,16,19-21}.

Les ASACO sont responsables de la gestion administrative et financière de la santé communautaire, dont le financement des salaires, le renouvellement des stocks de médicaments, le remplacement du petit matériel, et la fixation des prix des services et des médicaments. Toutefois, les capacités des ASACO varient considérablement, de même que l'efficacité, la transparence, et le contrôle de leur gestion, notamment financière^{16,19,20}.

En institutionnalisant les CSCom dans son *Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002* (PRODESS, étendu et renouvelé jusqu'à ce jour), le Ministère en charge de la

santé a également consacré le rôle unique et important de la société civile dans la gestion de la santé communautaire au niveau national. Réflétant l'importance de l'ASACO au niveau communautaire, le Ministère en charge de la santé a invité la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) à coprésider les réunions du comité technique et de suivi du PRODESS⁴.

Il est essentiel de comprendre l'importance de la FENASCOM, l'organisme national de coordination des ASACO du Mali, dans l'élaboration et la réforme des politiques de santé communautaire. La FENASCOM a pour double objectif de contrôler la gestion des ASACO et de représenter la société civile dans l'élaboration, la coordination, et le suivi des politiques nationales en matière de services de santé^{13,14}. La force de la FENASCOM provient de plusieurs facteurs. D'abord, c'est une organisation stable et apolitique, qui s'est construite en tant que porte-parole de la société civile sous plusieurs régimes politiques. Ensuite, son assise est large, avec des niveaux élevés de contribution et de participation, et on lui fait confiance pour son respect de la gouvernance¹³. Alors que la FENASCOM veille à ce que ses ASACO membres adhèrent à la politique du PRODESS, le Gouvernement se charge quant à lui de sauvegarder le rôle, l'identité, et la place importante de la société civile. En conséquence, la FENASCOM a été une voix éminente pour conduire la réforme de la santé communautaire.

EFFORTS POUR COMBLER LES LACUNES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Tout au long des années 2000, les CSCom dirigés par les ASACO ont servi de source principale de services de santé en établissement, mais les taux d'utilisation restaient faibles, en raison d'une combinaison d'obstacles financiers et géographiques^{4,15,22}. La variation des frais d'utilisation d'un CSCom à l'autre vise à prendre en considération le pouvoir d'achat de la population locale, la tarification étant décidée en assemblée générale, mais certains rapports mettent en doute le caractère abordable des services^{9,15,22-24}. Une étude a révélé que les services en établissement

étaient perçus comme une option de dernier recours par les patient·e·s, qui préféraient s'adresser aux guérisseurs traditionnels et retardaient la recherche de soins en raisons des normes sociales et des coûts directs et indirects, notamment la distance à parcourir pour se faire soigner²².

Face à des résultats de santé continuellement faibles à cause notamment des frais de soins, le Mali a mis en place divers programmes de gratuité dans les années 2000. Le pays a ainsi instauré la gratuité des traitements contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme (pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), ainsi que la gratuité des accouchements par césarienne et des consultations pour les personnes âgées, les femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes, et les personnes ayant un certificat d'indigence^{19,25}. Ces initiatives louables ont toutefois été pointées du doigt, comme minant la source de revenus des CSCom et l'adhésion à ces politiques est souvent conditionnée par la sécurité financière du CSCom^{9,16,25}.

Outre les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins de santé, les communautés manquaient généralement de services de prévention et de promotion de la santé, car les ASACO avaient tendance à privilégier les activités de santé curative lucratives pour améliorer la viabilité financière des CSCom¹⁹. De ces lacunes est né un cadre de bénévoles communautaires non rémunérés dans le domaine de la santé communautaire, connu aujourd'hui sous le nom de « relais communautaires ». Depuis les années 1990, les ONG et les programmes verticaux spécifiques aux maladies ont déployé des volontaires communautaires sous des noms tels que relais communautaires, agents pharmaceutiques de village, guérisseurs de la dracunculose, et promoteurs de nutrition^{22,26,27}. Ces volontaires ont fourni un ensemble fragmenté de services, principalement liés à l'éducation sanitaire et aux vastes campagnes de santé.

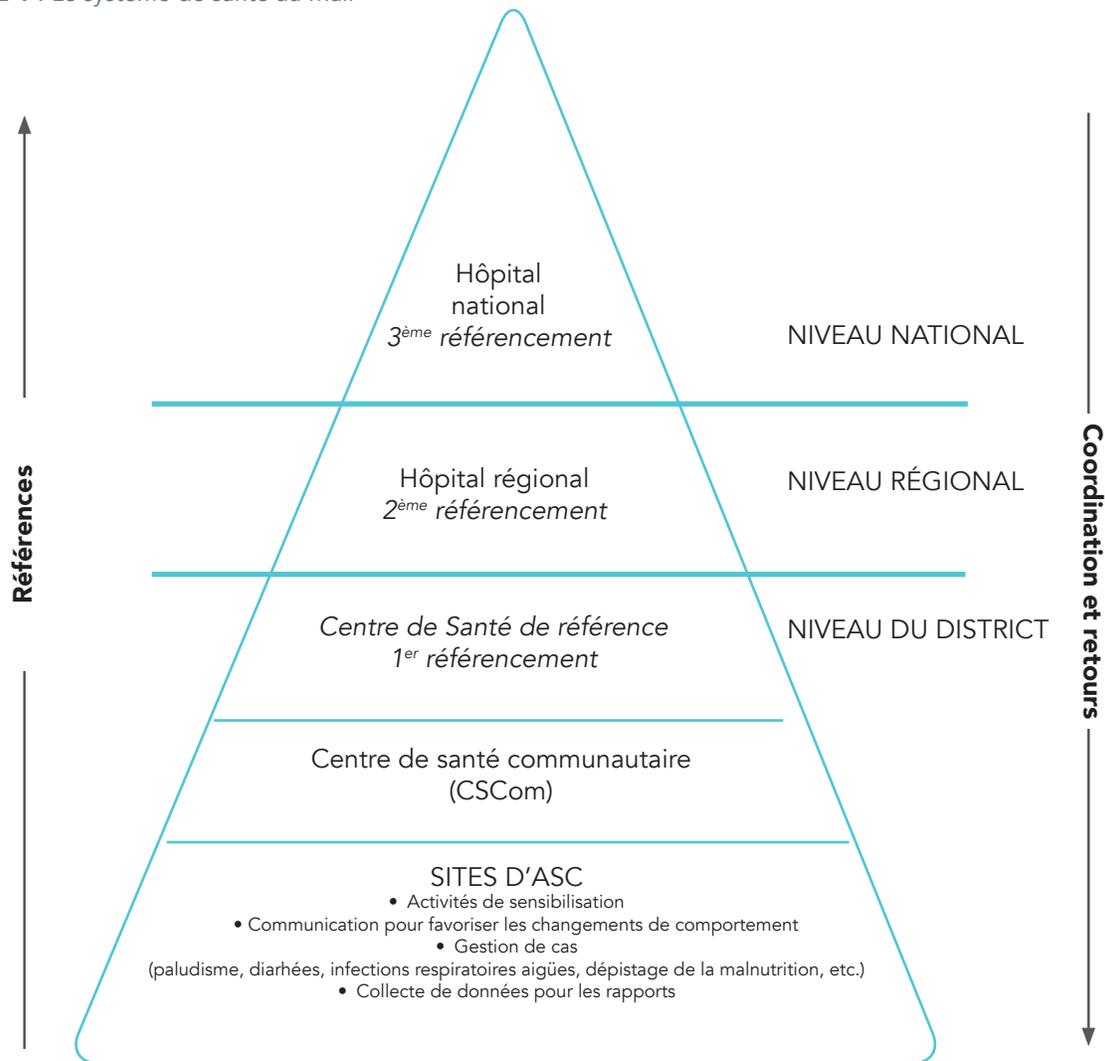
Malgré ces efforts, le Mali n'était toujours pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier l'OMD 4. Comme solution potentielle, l'UNICEF et

d'autres partenaires de développement ont plaidé en faveur d'une politique nationale de prise en charge intégrée des maladies des enfants (PCIME) pour le paludisme, la diarrhée et la pneumonie au niveau communautaire^{22,28,29}. Ce plaidoyer s'est heurté à une certaine résistance, les parties prenantes du Ministère en charge de la Santé ayant exprimé leur profonde inquiétude quant au fait que les cadres de volontaires de santé communautaire existants n'étaient pas suffisamment qualifiés pour fournir des services PCIME curatifs. En particulier, les décideurs politiques s'inquiétaient d'une possible mauvaise utilisation des antibiotiques et d'une résistance due au traitement communautaire pour lutter contre la pneumonie^{26,27}. Au vu de la campagne de plaidoyer en faveur de la mise en place d'une politique de PCIME au niveau communautaire et de la motivation à atteindre l'OMD 4, le Ministère en charge de la santé a commencé à réfléchir au développement d'un nouveau cadre d'agents de santé communautaires professionnalisés.

L'INTRODUCTION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LA STRATÉGIE SEC

À un tournant décisif pour la santé communautaire au Mali, le pays a organisé en 2009 un forum national sur l'amélioration de l'accès aux soins essentiels au niveau de la communauté. De hauts responsables gouvernementaux ont pris connaissance du succès des programmes d'ASC au Mali et dans d'autres pays africains, qui ont permis d'accroître la couverture sanitaire et de fournir des services efficaces^{4,22,29}. Le Ministère en charge de la santé a reconnu la nécessité d'harmoniser la santé communautaire dans un contexte de prolifération de projets pilotes gérés par des ONG et d'augmenter les capacités des relais communautaires afin d'avoir une politique nationale de PCIME au niveau communautaire. Par conséquent, le Ministère a décidé d'élaborer une stratégie cohérente pour les Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). Les objectifs de la stratégie SEC étaient de renforcer la plateforme de santé communautaire et de mettre en place un nouveau cadre d'agents de santé, des ASC⁴. Ces ASC mettraient en relation la communauté

FIGURE 1 : Le système de santé au Mali



aux CSCoM et étendraient les services essentiels au plus près des ménages, en lien avec les relais communautaires.

Le Ministère chargé de la santé et ses partenaires, dont la FENASCOM, ont conçu le nouveau cadre des ASC rémunérés et professionnalisés pour qu'ils soient complètement intégrés au système de santé communautaire existant (voir les figures 1 et 2). Dans le cadre de la stratégie SEC, les ASC nouvellement recrutés offrent des services de sensibilisation, de prévention, de diagnostic, et de traitement, tout en supervisant les relais communautaires pour qu'ils continuent à fournir des services de sensibilisation et de prévention. Les ASC sont également liés aux CSCoM, qui encadrent la plateforme de santé communautaire, par le biais d'une supervision et d'un système de

référéncement et de contre-référéncement⁴. Il est important de noter que les ASC fonctionnent en tant que personnel du CSCoM et sous les mêmes structures de cogestion communautaire. Placés sous la supervision technique du Directeur Technique du CSCoM (DTC), les ASC sont recrutés et gérés par l'ASACO. Compte tenu des difficultés de financement des CSCoM, les ASACO ont d'abord exprimé des réserves sur les implications financières liées à l'introduction d'un cadre d'ASC rémunéré²⁸. Depuis le début, la question des salaires des ASC a occupé le premier plan du débat national sur la santé communautaire^{22,30}.

En 2011, le Ministère chargé de la santé a lancé une première phase de mise en œuvre pour piloter la Stratégie SEC dans cinq régions du Mali, chacune avec son propre ensemble de partenaires

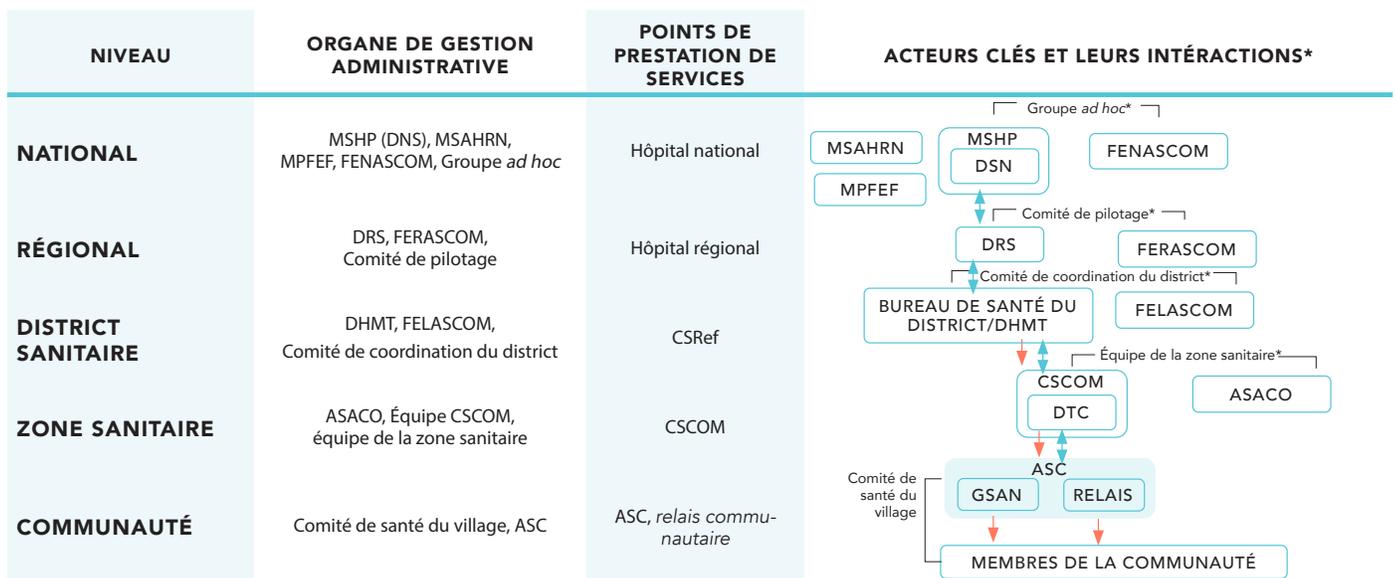
de mise en œuvre, après avoir élaboré et validé la stratégie et ses matériaux de formation, outils de reportage, et outils de travail associés^{4,22}. Une évaluation à mi-parcours de la phase pilote en 2013-2014 a montré des résultats prometteurs, malgré les difficultés persistantes, et un Plan Stratégique SEC révisé a été élaboré en 2014. L'une des principales difficultés mises en évidence dans l'évaluation à mi-parcours était l'insuffisance et l'irrégularité des salaires des ASC, ce qui a contribué à une disponibilité incertaine des ASC au niveau de la communauté et, par conséquent, à une sous-utilisation des services des ASC⁴. Comme toujours, le financement de la santé communautaire était au cœur du débat autour de la réforme de la santé.

En pleine période d'avancées significatives dans le renforcement de la santé communautaire, une crise socio-politique, entraînant un coup d'État, a éclaté en 2012, au même moment qu'une rébellion a éclaté dans le nord du pays. Le Gouvernement malien a été obligé de réorienter les ressources de l'État pour faire face à la crise et les partenaires se sont retirés du pays^{22,30}. La question du financement durable de la Stratégie SEC, et en particulier des salaires des ASC, a pris

une nouvelle tournure et s'est compliquée. La FENASCOM a signé un accord avec l'Association des Municipalités Maliennes (AMM), l'organisation faîtière de l'ensemble des communes du Mali, pour rechercher les moyens d'intégrer les salaires des ASC dans les budgets municipaux et lancer le Programme d'Appui à la pérennisation des SEC (PASEC)⁴. Le PASEC a organisé deux tables rondes sur la mobilisation des ressources pour le SEC, l'une avec les bailleurs de fonds sous la présidence du Premier Ministre d'alors, et l'autre avec le secteur privé.

Malgré ces efforts, la stratégie SEC n'a toujours pas été totalement mise à l'échelle dans le pays, et les salaires des ASC continuent d'être payés via les projets des bailleurs internationaux, de sorte que les ASC sont privés de salaire lorsque ces projets arrivent à terme¹⁹. Le PASEC n'a pas réussi à gagner la dynamique dont il avait besoin, et les lacunes identifiées dans l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie SEC ont persisté alors que le Ministère chargé de la santé a lancé le Plan Stratégique SEC en 2016. Bien que la santé communautaire dispose d'une fondation politique solide, son institutionnalisation en tant que programme national, pérenne et standardisé était incomplète.

FIGURE 2 : La structure du système de santé au Mali



* CELA INCLUT ÉGALEMENT LES REPRÉSENTANTS D'ONG, DU GOUVERNEMENT LOCAL, DES DIVISION LOCALES DU MSAHRN ET DU MPFEF, DE LA SOCIÉTÉ CIVILE, AINSI QUE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET DE MISE EN ŒUVRE.

Supervision →
Flux de données recueillis à l'échelle communautaire →

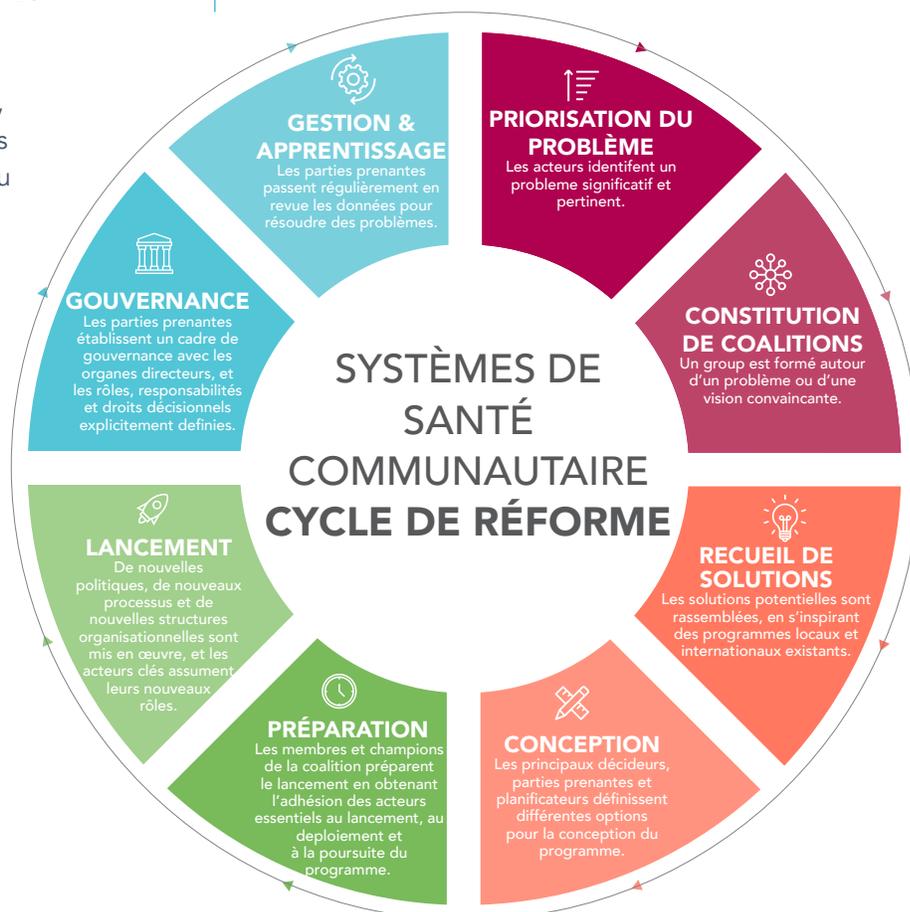
Les défis liés à l'institutionnalisation au Mali

Les parties prenantes de la santé communautaire au Mali ont une vision claire de ce qui constitue l'institutionnalisation complète de la santé communautaire, et cela repose sur la mise à l'échelle nationale du Plan Stratégique des SEC avec la reconnaissance des ASC en tant que personnel de santé publique, intégrés dans le système de santé malien et disposant d'une rémunération garantie par le Gouvernement. En atteignant ces objectifs, le Mali intégrerait de manière pérenne un système de santé communautaire capable d'accroître, sur le long terme, l'accès aux services de santé essentiels au niveau national. Tant que les salaires des ASC continueront d'être financés par les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre, leur rôle futur restera cependant précaire et sujet aux caprices de la communauté internationale³¹.

Le lancement de la Stratégie SEC en 2011 représentait une activité majeure pour faire progresser la santé communautaire au Mali. Cependant, en 2016, les progrès s'étaient enlisés à un stade de déploiement partiel du programme. Les récents efforts de plaidoyer ont depuis lors contribué à des avancées significatives vers l'institutionnalisation de la santé communautaire, notamment par la création d'une coalition d'organisations de société civile pour promouvoir la SEC. Afin de comprendre la valeur de ces efforts, il est d'abord utile d'analyser les progrès que le Mali a réalisés

jusqu'au milieu des années 2010 à l'égard du déploiement initial de la stratégie SEC. Présenté dans la préface, le cycle de réforme est un cadre utile pour évaluer les progrès réalisés ainsi que les obstacles rencontrés par le pays dans sa progression vers l'institutionnalisation de la santé communautaire.

Dans l'ensemble, les efforts déployés pour mettre en œuvre la Stratégie SEC étaient basés sur les problèmes de santé prioritaires, et ont impliqué une multitude de partenaires dans un long processus de conception de politique. Cette stratégie a été lancée, et la phase pilote de mise en œuvre évaluée. Toutefois, l'incapacité du Mali à mobiliser des ressources suffisantes pour atteindre une couverture complète dans le déploiement de la Stratégie SEC a révélé les faiblesses des étapes précédentes du processus du cycle de réforme.





PRIORISATION DES PROBLÈMES ET CONSTITUTION DE COALITIONS

À la fin des années 2000, le Ministère chargé de la santé et ses partenaires ont identifié le faible accès aux services comme un facteur critique entraînant des résultats sanitaires insatisfaisants et ont donné la priorité aux services de soins primaires afin de cibler les indicateurs de santé maternelle et infantile^{4,22,32,33}. Pour surmonter les obstacles géographiques et financiers liés aux soins pendant la décennie suivante, le Mali s'est concentré sur l'introduction des ASC³⁴ et la création d'une feuille de route pour parvenir à des soins de santé universels²³.

Le Mali a une longue tradition de processus d'élaboration de politiques inclusives sous la direction du Ministère chargé de la santé. Cette pratique a été renforcée au fil du temps avec l'introduction d'une approche sectorielle pour la santé, l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique et le Partenariat International pour la Santé (IHP+). En 2007, le Mali a été le premier pays africain francophone à rejoindre l'IHP+, avec l'objectif d'améliorer l'efficacité de l'assistance internationale grâce à une coopération renforcée entre le Gouvernement et ses partenaires. Peu après le forum pivot de 2009 sur la santé communautaire au Mali, le Ministère chargé de la santé et 13 bailleurs de fonds ont signé le Pacte national IHP+, s'engageant à soutenir conjointement le Plan de développement sanitaire et social (le PRODESS II prolongé, 2009-2011 et le PRODESS III, 2014-2018). Le processus d'élaboration du Pacte national IHP+ et du PRODESS III a été salué comme étant participatif et inclusif, générant une collaboration plus forte entre le Gouvernement et ses partenaires que dans les pays n'ayant pas la même histoire de coordination dirigée par le Gouvernement^{26,35}. Cependant, même dans le cadre de ces efforts de coordination, le système de santé malien a continué à faire face à des problèmes de fragmentation, notamment avec la prolifération des bailleurs de fonds, une préférence pour les projets ciblés plutôt que pour le soutien au système dans son ensemble, et la duplication des efforts. Les 13 bailleurs qui

ont signé le Pacte IHP+ représentent une part relativement modeste des 50 bailleurs impliqués dans le secteur de la santé²⁶.

Cette dynamique d'élaboration de politiques inclusives et de fragmentation persistante se retrouve également dans le système de santé communautaire malien. Pour concevoir la stratégie SEC, le Ministère chargé de la santé a suivi les mêmes principes d'élaboration participative des politiques, en réunissant des partenaires, dont la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FENASCOM), des bailleurs internationaux et des ONG. Parmi ces acteurs, une forte alliance entre la FENASCOM et l'Association des Municipalités du Mali (AMM) a donné naissance en 2013 à l'initiative PASEC afin de mobiliser des ressources pour les salaires des ASC⁴. Néanmoins, malgré la nature collaborative de l'élaboration de la stratégie du PASEC, des divergences ultérieures dans les pratiques de mise en œuvre révéleront un manque de cohésion entre les différents partenaires impliqués. De même, l'initiative PASEC a eu du mal à aligner les autres partenaires et à générer un soutien suffisant.



RECUEIL DE SOLUTIONS

À la suite d'années de programmes pilotes menés par des ONG pour fournir différents services de santé grâce aux relais communautaires, et après avoir lancé plusieurs politiques de gratuité pour tenter de remédier aux mauvais indicateurs de santé, les indicateurs de santé du Mali ont encore révélé des lacunes inquiétantes. Par exemple, la politique de dispense de frais pour les soins contre le paludisme n'a généré qu'une augmentation des consultations estimée à 30 %, car beaucoup trouvaient que les frais de consultation constituait toujours en soit un obstacle à l'accès aux soins²⁴. À la recherche de solutions potentielles, les parties prenantes maliennes ont donc examiné les données probantes extraites des programmes d'ASC de certains pays africains, ainsi que les expériences nationales^{4,22}.

En août 2009, le Gouvernement a commencé à travailler sur la stratégie SEC, y compris le lancement d'un premier projet pilote d'interventions curatives dans quelques districts afin d'orienter

l'approche²². L'ONG Muso était partenaire du Ministère chargé de la santé depuis 2008 pour concevoir et tester un modèle de prestation de services de santé communautaire qui comprenait une recherche active de cas par les ASC, le financement de la santé pour éliminer les frais pour celles et ceux qui ne pouvaient pas les payer, et le renforcement des capacités cliniques. Dans le cadre de leurs efforts pour aider le Gouvernement à identifier des solutions susceptibles d'être mises en œuvre à grande échelle, l'ONG Muso a mis en place un Comité pilote de recherche opérationnelle qui comprenait des représentants locaux, régionaux, et nationaux du Ministère qui se réunissaient régulièrement pour examiner les résultats de cette intervention et les innovations connexes afin d'éclairer les décisions politiques³⁶.

Pour répondre à l'inquiétude que l'inclusion du traitement contre la pneumonie et les infections respiratoires aiguës dans le paquet des services de la SEC conduirait à une résistance aux antibiotiques, le Ministère chargé de la santé et l'UNICEF ont commandé une étude sur la capacité des ASC à gérer la pneumonie au niveau communautaire. L'étude a démontré que les ASC étaient capables de diagnostiquer et de traiter correctement la pneumonie, quel que soit leur niveau d'alphabétisation²⁹. En outre, une étude locale a démontré que les communautés achetaient déjà des antibiotiques sans diagnostic approprié²⁸. Ensemble, ces conclusions de recherche ont persuadé les décideurs politiques d'inclure dans la Stratégie de la SEC le traitement contre la pneumonie au niveau communautaire^{28,29}.

Si ces expériences pilotes ont permis de tirer des enseignements qui ont éclairé l'élaboration de politiques, certains acteurs de la santé communautaire estiment aujourd'hui qu'il est temps de relever un autre défi : celui de parvenir à une couverture complète de la stratégie SEC. Comme l'explique le docteur Koné Brahim de la Direction générale de la santé : « *Aujourd'hui, nous ne sommes plus dans la phase pilote, mais dans la phase de mise à l'échelle. Nous avons suffisamment d'expérience* ».



CONCEPTION DE POLITIQUE ET DE PROGRAMME

Le Gouvernement malien, en collaboration avec un ensemble de partenaires, a élaboré la Stratégie SEC et a planifié sa mise en œuvre sur une période de deux ans, de 2009 à 2011. Le Ministère chargé de la santé et les partenaires de mise en œuvre ont veillé à l'alignement et à la préparation entière des outils de mise en œuvre, ce qui a contribué à une longue phase de planification²². En 2011, le Ministère chargé de la santé et ses partenaires avaient finalisé les politiques nationales, le guide de mise en œuvre, les modules et guides de formation, ainsi que les registres, outils et formulaires de rapport pour la gestion des stocks, la supervision, la comptabilité financière et le suivi et évaluation. Tous ces outils ont été testés dans des sites pilotes et validés avant la fin de l'année 2011.

Suite aux résultats de l'évaluation à mi-parcours de 2013-2014, le Gouvernement et les partenaires ont affiné le guide de mise en œuvre, les outils de travail de soutien et le Plan Stratégique. Les documents qui en résultent présentent de manière détaillée les rôles et responsabilités des ASC ainsi que des relais communautaires, les processus de recrutement, les liens avec le reste du système de santé, les organes de coordination et les procédures de suivi et d'évaluation⁴. Cependant, en pratique, les partenaires de mise en œuvre n'ont pas toujours adhéré aux procédures standardisées, particulièrement pour ce qui est des salaires des ASC²². Bien que la stratégie soit théoriquement bien développée, sa mise en œuvre pratique a échoué.



PRÉPARATION DU PROGRAMME

Les lacunes les plus importantes dans le processus d'institutionnalisation de la santé communautaire au Mali se sont centrées sur la mobilisation des ressources pour soutenir le déploiement complet de la Stratégie SEC, particulièrement en ce qui concerne l'intégration des salaires des ASC dans les budgets nationaux. En 2010, le Fonds mondial a suspendu ses financements en raison de problèmes de gestion des subventions. De surcroît, le coup d'État militaire de 2012 a incité de nombreux partenaires techniques et financiers à retirer leur

financement au Mali. Le Ministère chargé de la santé a soumis un projet de loi à l'Assemblée nationale en 2013 pour augmenter la part du budget national actuellement allouée à la santé de 4,5 % à 15 %, mais le projet de loi n'a pas avancé. Afin de lancer et de maintenir la Stratégie SEC dans un paysage de mise en œuvre fragmenté, le Mali a dû donc réunir une multitude de partenaires techniques et financiers pour couvrir différentes régions.

Le coût du programme en 2015 a été calculé à 13 millions de dollars par an, dont 88 % ont été fournis par les bailleurs de fonds et les partenaires de mise en œuvre³¹. L'analyse des coûts a révélé que le Ministère chargé de la santé ne disposait pas d'informations précises sur le nombre, la localisation, les conditions de service et les modalités de rémunération des ASC, ni d'une compréhension claire des coûts réels de la prestation des services, qui englobent les ressources humaines, les médicaments, les équipements, la formation, la supervision, et les coûts de gestion. Un déficit annuel de financement de 2 millions de dollars a été calculé, qui devrait passer à plus de 5 millions de dollars par an en 2020. Le déficit de financement a principalement affecté la supervision, la gestion, les recyclages, l'équipement et le paiement des salaires des ASC³¹. Cependant, même cette enveloppe budgétaire restreinte ne tient pas compte du financement supplémentaire qui serait nécessaire pour recruter et déployer les 10 521 ASC supplémentaires prévus dans la feuille de route du pays pour la santé communautaire, en plus des 3 000 ASC existants.

Une récente évaluation du paysage a rapporté qu'au moins 13 bailleurs de fonds, huit partenaires techniques ou ONG, et cinq agences des Nations Unies étaient impliqués dans l'exécution de la Stratégie SEC. Cette diversité d'appropriation par les partenaires a rendu difficile la continuité dans le temps, la cohérence entre les régions, et l'harmonisation entre les partenaires. Différents partenaires ont continué à mettre en œuvre le programme en fonction de leurs propres priorités, et le Gouvernement (qui dépend de ces partenaires pour la fourniture de services) a peu de moyens pour imposer des protocoles standardisés. Ce

problème ne s'est jamais autant manifesté que dans l'octroi des salaires aux ASC. Les montants des subventions ont varié selon les partenaires et lorsque le financement d'un projet pour un partenaire particulier prenait fin, le paiement des salaires des ASC stagnait, de sorte que la plupart des ASC accusent souvent des retards de paiements.

LANCEMENT DU PROGRAMME

La phase initiale de mise en œuvre de la Stratégie SEC, qui démarra en 2011, a été conçue comme un projet pilote pour évaluer son impact potentiel. Une évaluation du programme en 2013 a révélé que 17 % des cas de paludisme, 28 % des cas de diarrhée et 24 % des cas de pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans dans les régions pilotes étaient traités par un ASC⁴. La période de formation de deux semaines a été jugée suffisante, d'autant plus que de nombreux ASC ont déclaré avoir reçu une formation de remise à niveau et que les membres de la communauté ont déclaré percevoir les services des ASC comme étant de haute qualité. Parmi les autres points forts, on peut citer l'existence d'organes de coordination, la volonté politique, le soutien des communautés et des partenaires, le paquet de services et d'outils harmonisés, et l'organisation de sessions de révision nationales et régionales.

Cependant, il y avait des difficultés lors de la mise en œuvre initiale, dont des retards dans le déploiement de certains ASC en raison de l'insécurité politique, la faible rétention dans un contexte de paiement irrégulier des salaires, une supervision inconsistante et des ruptures de stocks de médicaments (notamment des antipaludiques et des tests de diagnostic rapides du paludisme). L'évaluation a révélé que seuls 63 % des ASC échantillonnés avaient fait l'objet d'une visite de supervision et de réapprovisionnement en médicaments au cours des trois derniers mois, et qu'un peu plus de 50 % avaient été directement supervisés lors d'interactions avec les patients²². Le Ministère chargé de la santé a donné la priorité à un certain nombre de défis, notamment l'insuffisance de la couverture, la coordination et l'engagement gouvernemental, le financement, la demande pour et la qualité de services, la supervision et la gestion

des ressources humaines, et le système de suivi et d'évaluation⁴.

Bien que le Mali ait atteint 94 % de son objectif de recrutement d'ASC avant 2013, ce succès dans la première phase de déploiement ne reflète pas la couverture des services de santé communautaires dans l'ensemble du pays. Les échecs dans la mobilisation des ressources du programme n'ont entraîné qu'une extension partielle du programme malgré les nombreuses années qui se sont écoulées depuis la conception initiale de la politique. Les ASC couvrent actuellement environ 22 % de la population qui vit à plus de cinq kilomètres d'un CSCoM, ce qui représente un écart considérable dans l'accès aux services pour la majorité des personnes qui en ont besoin¹⁹. Des régions entières du nord du pays, déjà confrontées à l'insécurité, à la privation de services en établissement de santé et aux menaces posées par le changement climatique, n'ont pas encore bénéficié des services vitaux des ASC.



GOVERNANCE DU PROGRAMME

Pour lancer la stratégie SEC, le Ministère chargé de la santé a convoqué le Groupe *Ad Hoc* national de la SEC, dont la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FENASCOM) qui assure la coprésidence⁴. Les partenaires techniques et financiers contribuent à la coordination et à la gestion de la Stratégie SEC à travers ce groupe, qui constitue une plateforme importante pour la gouvernance du programme. De même, les comités de coordination au niveau des régions et des districts sanitaires réunissent les responsables de la santé, les représentants de la société civile et les partenaires de mise en œuvre pour superviser la gestion du programme³⁷. Les activités de ces comités de coordination ont toutefois été mises de côté au fil de temps³¹. Au sein du Ministère chargé de la santé, l'Unité de santé communautaire fait partie d'une sous-direction des établissements sanitaires et de la réglementation. Par conséquent, elle n'est pas bien placée hiérarchiquement pour assumer un rôle de leadership fort et coordonner l'alignement des partenaires avec la politique ou le plan stratégique national de santé communautaire.

Le soutien pour la mise en œuvre en cours dépendait des bailleurs de fonds et était donc *ad hoc*, et les partenaires n'ont pas toujours adhéré à une stratégie standardisée, préférant parfois maintenir leurs propres procédures. Un exemple frappant des faiblesses de cette étape du processus de réforme se reflète dans la persistance des défis qu'a rencontré la stratégie des SEC. L'évaluation à mi-parcours de 2013-2014 a identifié plusieurs défis de performance. Ceux-ci ont été notés dans le Plan Stratégique des SEC de la fin 2015, mais insuffisamment traités en termes d'ajustements programmatiques au sein du Plan Stratégique⁴.

Lorsque les parties prenantes de la santé communautaire ont identifié les principaux problèmes restant à résoudre suite à l'élaboration du Plan Stratégique, ceux-ci sont essentiellement les mêmes que ceux cités dans l'évaluation à mi-parcours ; le Gouvernement malien n'a pas réussi à résoudre les problèmes récurrents. Bien que la mobilisation de ressources suffisantes pour la santé communautaire ne soit peut-être pas la panacée, le manque de financement a indéniablement bloqué le progrès vers l'institutionnalisation et la mise à l'échelle standardisée de la stratégie SEC.



GESTION ET APPRENTISSAGE DU PROGRAMME

L'évaluation à mi-parcours de la Stratégie SEC a mis en évidence une série de défis, qui correspondent étroitement aux problèmes jugés prioritaires dans les efforts plus récents des parties prenantes pour améliorer la santé communautaire. Outre l'absence d'un plan pérenne de financement des salaires des ASC et une couverture incomplète de la mise en œuvre, l'évaluation à mi-parcours a relevé des difficultés, à savoir : de faibles performances sur certains indicateurs clés, une utilisation insuffisante des services, de mauvaises liaisons entre la plateforme de santé communautaire et le reste du système de santé, un désir de la part de la communauté d'augmenter le paquet de services des ASC et la nécessité d'une harmonisation complète des indicateurs de santé communautaire. De plus, l'évaluation a révélé que tous les mécanismes essentiels n'étaient pas pleinement fonctionnels, tels que le suivi, la supervision, la

coordination, l'engagement communautaire, la comptabilité, et le rapportage⁴. La fragmentation parmi les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre a rendu la planification et la coordination des ressources difficiles à gérer pour le Ministère chargé de la santé³¹.

Dans les premières phases du déploiement du programme, les données sur les services de santé communautaires ont été regroupées avec celles des centres de santé, ce qui a compliqué les processus d'analyse et d'apprentissage axés sur le système de santé communautaire. Cependant, les partenaires et le Gouvernement ont travaillé ensemble pour identifier les défis, tester des solutions innovantes et adopter de nouvelles approches dans les politiques. Un exemple fort de cette approche collaborative est le travail de l'ONG Muso dans le renforcement du système national de supervision des ASC. Les irrégularités dans la supervision ont été citées comme un défi majeur dans la mise en œuvre initiale de la stratégie SEC, et en 2012, l'ONG Muso a identifié une supervision de soutien fréquente et de haute qualité comme un facteur de motivation essentiel pour que les ASC fassent un travail de qualité³⁹. En conséquence, l'organisation

a développé un système de supervision complet et dédié pour les ASC, a étudié les résultats et a constaté que les ASC sous ce modèle de supervision ont considérablement amélioré la qualité, la rapidité et la quantité des soins fournis. Après que les partenaires gouvernementaux de cette ONG aient présenté les résultats de l'étude au comité de pilotage national de la santé communautaire en 2018, le nouveau modèle de supervision a été accepté dans le plan national⁴⁰.

Jusqu'en 2016, le Mali avait progressé dans le cycle de réforme qui visait à mettre en place la Stratégie SEC. Mais, cette progression s'était enlisée dans un déploiement partiel, en grande partie à cause des difficultés de mobilisation des ressources. La réforme de la santé communautaire se trouvait à un moment critique : il y avait suffisamment de données probantes quant à l'efficacité et à la valeur de la stratégie SEC pour la communauté, mais les dernières étapes de l'institutionnalisation qui garantiraient que la santé communautaire puisse tenir ses promesses et devenir ancrée dans le système de santé du Mali n'avaient pas encore été accomplies.

L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme

Objectifs de l'investissement pour l'ICH au Mali

Comme le Mali a lancé le Plan Stratégique SEC 2016-2020 sans avoir entièrement résolu ces questions clés d'institutionnalisation, les parties prenantes de la santé communautaire se sont engagées dans un effort de plaidoyer pour réformer et affiner la Stratégie SEC. Ce processus de réforme a effectivement relancé l'effort du cycle de réforme de la santé communautaire du Mali, visant à renforcer chaque étape du cycle, à répondre aux défis identifiés dans la mise en œuvre des SEC et à traiter les blocages dans la trajectoire de l'institutionnalisation. La pérennité des salaires des ASC et leur intégration dans les budgets nationaux constituait le problème critique autour duquel la FENASCOM et d'autres partenaires espéraient mettre d'accord toutes les parties prenantes.

Introduit au Mali au début de 2016, l'investissement pour l'Intégration de la Santé Communautaire (ICH), est devenu un vecteur clé de ce processus. Issu d'un partenariat entre l'USAID et l'UNICEF, l'investissement pour l'ICH a fourni un financement catalyseur pour aider le Ministère malien de la santé à atteindre ses objectifs en matière de santé communautaire. L'investissement pour l'ICH visait à harmoniser les appuis derrière les priorités nationales afin de construire des systèmes de santé communautaire solides qui fournissent des soins de santé primaires, contribuent à des stratégies plus larges du secteur de la santé, et favorisent la couverture sanitaire universelle (CSU). Au Mali, la Fondation Aga Khan a travaillé avec le Ministère chargé de la santé, la FENASCOM, et l'AMM pour définir les objectifs prioritaires de l'investissement pour l'ICH.

APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH AU MALI

PROJET : Projet de renforcement de la Stratégie SEC (SECPro)

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE : Fondation Aga Khan, Human Network International/Viamo, Direction Nationale de la Santé (DNS), FENASCOM, AMM

DATES : 11 mars 2016 au 10 mars 2020

MONTANT : 1 835 230 dollars (USAID), 556 230 dollars (coûts partagés), 1 302 566 dollars (levée de fonds)

OBJECTIFS :

- Développer des liens efficaces et efficients entre les approches de santé communautaire dans les systèmes, les politiques et les plans.
- Générer et utiliser des données et des informations de qualité pour la prise décisionnelle afin d'orienter les systèmes et les politiques au niveau local et national.
- Améliorer la coordination et la collaboration entre les Gouvernements, la société civile et/ou le secteur privé pour mettre en œuvre et influencer les politiques et les plans locaux et nationaux.

FOCUS GÉOGRAPHIQUE :

- **National :** Politiques, plaidoyer et coordination
- **Régional :** Districts de Mopti et de Djenné

Le projet SECPPro comportait plusieurs axes de travail interconnectés à différents niveaux du système de santé qui, ensemble, visaient à améliorer l'institutionnalisation et l'efficacité de la santé communautaire⁴¹. Le plus important pour le processus de réforme, le SECPPro a mis l'accent sur la coordination des partenaires nationaux et sur le plaidoyer afin de mobiliser les ressources nationales pour la santé communautaire et de réviser la Stratégie SEC. Étant donné l'importance primordiale d'assurer un financement pérenne des salaires des ASC, un élément essentiel du plan d'apprentissage du SECPPro consistait à identifier, documenter et partager les meilleures pratiques pour accroître le financement national de la santé.

Le projet visait également à renforcer les comités de coordination des SEC aux niveaux national, régional, et local, en se concentrant sur la région de Mopti où la Fondation Aga Khan soutient la mise en œuvre directe de la Stratégie SEC par le biais de son projet AQCESS. Dans le cadre de sa stratégie de renforcement de la gestion des SEC, le projet prévoyait de collecter les données à l'aide du système national de gestion de l'information sanitaire (DHIS 2) et de renforcer les capacités d'utilisation de ces données pour la prise décisionnelle. Une autre stratégie visant à améliorer la qualité de la mise en œuvre consistait à améliorer l'enseignement des SEC aux ASC, y compris en déployant une plate-forme de formation digitale (dénommée « 3-2-1 »). Les partenaires de mise en œuvre du SECPPro ont finalement eu l'intention d'utiliser les données et les enseignements tirés des différentes branches du projet pour orienter le programme national de plaidoyer et améliorer le système de santé.

Stratégies de réforme et réussites pendant la période de l'investissement pour l'ICH

L'extension et l'institutionnalisation de la santé communautaire au Mali étant entravées, les parties prenantes de la santé communautaire maintenaient une campagne soutenue pour promouvoir les SEC. Comme illustré dans l'analyse du cycle de réforme évoquée précédemment, le processus de réforme a été confronté à des défis importants dans la phase de préparation du programme. Il n'est ainsi pas surprenant que les parties prenantes de la société civile, le Ministère chargé de la santé et les ONG partenaires aient concentré leur attention sur l'avancement de cet aspect de la réforme. Ensemble, une coalition de défenseurs de la santé communautaire a cherché des solutions aux défis de mobilisation des ressources liés à l'allocation d'un financement accru pour la Stratégie SEC et à l'identification de mécanismes pérennes de paiement pour les salaires des ASC. À la base de ce travail se trouve une forte coalition de plaidoyer et des organes revitalisés de coordination de la santé communautaire, tous soutenus et accélérés de manière substantielle par le SECPProⁱⁱ.

Ces vastes efforts de plaidoyer ont porté leurs fruits : Le Mali a annoncé une série de réformes profondes au cours des deux dernières années. Depuis fin 2018, le pays s'est engagé à mettre en place un système de soins de santé universel, à développer officiellement à l'échelle nationale des ASC rémunérés et professionnalisés fournissant des services de soins primaires gratuits et à apporter d'autres améliorations majeures au système¹². Le cycle de réforme offre à nouveau un cadre utile pour comprendre comment ces réformes ont été mises en place, les stratégies employées par les parties prenantes de la santé communautaire et les progrès réalisés par le Mali en matière d'institutionnalisation de la santé communautaire.

ⁱⁱ La plupart des informations relatives aux activités, objectifs et réalisation du projet SECPPro et de la Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC) ont été fournies grâce à des communications personnelles ou au cours d'ateliers organisés en présentiel avec des partenaires clés du Ministère de la santé, de la FENASCOM, de l'AMM, de la Fondation Aga Khan, de l'USAID et de l'UNICEF (24 au 28 février 2020 à Dakar, Sénégal).



LA CRÉATION DE COALITIONS POUR UN PLAIDOYER SOUTENU

UNE NOUVELLE COALITION NATIONALE DE PLAIDOYER POUR LES SOINS ESSENTIELS DANS LA COMMUNAUTÉ

L'une des principales réalisations de SECPro a été la création de la Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC), lancée en juillet 2017⁴¹. L'idée de cette coalition est née de l'alliance entre la FENASCOM et l'AMM, accompagnée de l'UNICEF et de l'USAID, et des difficultés que ces organisations de la société civile avaient rencontrées pour garantir un alignement avec d'autres partenaires par le biais de leur initiative PASEC. La FENASCOM et l'AMM espéraient élargir leur coalition afin de mieux harmoniser la mise en œuvre. Ces organisations ont donc suggéré que cette coalition soit un aspect essentiel du projet SECPro, reconnaissant la nécessité de consacrer des ressources et du temps à la création et à la pérennisation d'une coalition efficace et bien coordonnée, avec l'adhésion d'un large ensemble de parties prenantes.

Les objectifs de la CNSEC étaient de plaider pour le paiement, l'éducation et le soutien appropriés des ASC, ou, en termes plus généraux, pour l'institutionnalisation et l'efficacité de la Stratégie SEC. Le nombre de ses membres augmentait d'année en année, passant de 12 organisations membres à la fin de la première année du SECPro à 26 fin 2019. Au cours de cette période, la CNSEC s'est distinguée comme une voix prépondérante dans les efforts nationaux visant à pérenniser les SEC. Son succès résidait dans une combinaison de recrutement judicieux des membres et de champions, et dans le développement de structures organisationnelles fonctionnelles—à savoir, un Comité de pilotage et un Comité technique, qui se réunissent tous deux régulièrement depuis leur création⁴².

Cependant, le changement fréquent du personnel gouvernemental représentait un obstacle majeur pour faire avancer les décisions politiques⁴³. Par exemple, depuis 2016, six ou sept personnes différentes ont occupé le poste de Directeur National de la Santé, soit plus d'une personne par an. Avec chaque transition, les parties prenantes

de la santé communautaire ont dû relancer les efforts de plaidoyer pour s'assurer que le nouveau fonctionnaire était en accord avec les objectifs à long terme de l'institutionnalisation de la santé communautaire, alors que le poste aurait pu à nouveau changer de titulaire. Sans un organe stable de plaidoyer prêt à entreprendre ce travail continu, les progrès vers l'institutionnalisation seraient voués à l'échec.

PRIORISATION DES PROBLÈMES POUR LA COALITION NATIONALE

L'un des outils qui contribue au succès de la CNSEC était le plan d'action annuel, élaboré chaque année grâce à un effort de collaboration impliquant la société civile, les ONG et les bailleurs de fonds. Le processus d'élaboration de ce plan d'action représente un exercice annuel de priorisation des problèmes. En 2017, la CNSEC a défini ses points de plaidoyer prioritaires comme suit³⁸ :

- Obtenir de l'Assemblée nationale la désignation des ASC comme fonctionnaires publiques ;
- Promouvoir l'adoption nationale de la Stratégie SEC ;
- Plaider pour une augmentation des budgets alloués aux SEC par l'État ;
- Intégrer les SEC dans les programmes de formation des écoles de santé ;
- Travailler avec la Direction des ressources humaines pour intégrer les ASC dans la fonction publique des communes ou collectivités territoriales ;
- Promouvoir l'utilisation des données et preuves dans la mise en œuvre et la révision de la Stratégie SEC ;
- Contribuer au bon fonctionnement du Groupe Ad Hoc des SEC.

Les objectifs de la CNSEC avaient déjà été tentés auparavant, notamment dans le cadre du PASEC, mais sans financement pour soutenir la création de coalitions, ces efforts avaient été largement infructueux. Grâce aux fonds disponibles du SECPro pour financer les activités, la Coalition a fait progresser le travail de plaidoyer, de création de

coalitions et de développement de solutions.

Dans l'ensemble, le rôle de la CNSEC a été de maintenir la pression sur les parties prenantes, même en cas de changement de personnel, de suivre les dossiers à travers différents circuits bureaucratiques pour éviter qu'ils ne s'enlisent ou ne se perdent dans le mélange de la gouvernance quotidienne, et de compiler stratégiquement les activités et les leçons apprises des différents partenaires sous un même toit.

MOBILISATION DES CHAMPIONS

En plus d'organiser des visites sur le terrain pour le Ministre chargé de la santé et d'autres hauts fonctionnaires pour renforcer le soutien aux SEC, la CNSEC a également regardé au-delà du secteur de la santé pour mobiliser des « champions au cœur d'or ». Ils ont identifié et recruté des personnalités importantes susceptibles de soutenir la santé communautaire parmi les parlementaires, les artistes et les personnalités religieuses, comme Sheikh Chérif Ousmane Madani Haïdara, un important leader religieux au Mali et actuel Président du Haut Conseil islamique malien. La CNSEC a particulièrement ciblé les femmes leaders et les personnalités religieuses qui promeuvent l'égalité de genre et l'abolition des mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E), soulignant ainsi que la Stratégie SEC est essentielle pour traiter les questions relatives aux femmes. Il était également important que ces champions soient des personnes que le Président de la République écouterait. Après des lettres de correspondance et des réunions avec chacun des champions identifiés, toutes et tous ont accepté d'y participer. Avec ces leaders, la CNSEC veillait à ce que les efforts d'institutionnalisation de la santé communautaire soient diffusés par les canaux de médias locaux, afin de contribuer à la sensibilisation et de concrétiser la volonté politique.



RECUEIL DE SOLUTIONS

REVITALISER LES ORGANES DE COORDINATION

Afin de garantir que les décisions politiques soient correctement débattues, évaluées, approuvées, et validées sous les auspices du Ministère chargé de la

santé, le projet SECPro s'est attelé à la revitalisation des différents comités de coordination des SEC, en commençant par le Groupe *Ad Hoc* national des SEC et en passant par les comités régionaux et communautaires des SEC. Ces comités existaient en théorie, mais en pratique, leur fonctionnement avait cessé lorsque les partenaires ont quitté ou réorienté leurs ressources. Le Groupe *Ad Hoc* national des SEC ne se réunissait pas régulièrement, et les réunions étaient pratiquement absentes dans la région de Mopti (ciblée par le SECPro)³⁸. Ces comités ont été jugés essentiels pour créer un dialogue autour des SEC, assurer la transmission des informations entre les niveaux du système et soutenir une mise en œuvre de qualité des directives nationales. En relançant les réunions régulières de ces comités, le projet SECPro préparait également le terrain pour améliorer la gestion et la gouvernance du programme plus loin dans le cycle de réforme : chaque niveau devait fonctionner pour que le système tout entier puisse fonctionner.

PARTAGE DE L'APPRENTISSAGE DES PARTENAIRES

Grâce au projet SECPro, le Ministère chargé de la santé a créé une plateforme pour le partage d'expériences et des enseignements entre les parties prenantes de la santé communautaire. L'atelier annuel sur les leçons apprises par les parties prenantes a comporté des sessions sur les résultats d'une évaluation du SECPro portant sur la formation des ASC, une expérience de Save the Children sur le paiement des salaires des ASC (développée à Kadiolo dans la région de Sikasso avec la FENASCOM et l'AMM), un projet pilote de planification familiale par l'ONG Muso et des expériences sur différents modèles de supervision. En 2018, les participants ont recommandé que cet atelier se réunisse deux fois par an, un indicateur de sa valeur perçue. Les recommandations issues de l'atelier ont contribué à la révision de la stratégie SEC dans le but d'orienter le nouveau Plan Stratégique des SEC qui devrait voir le jour en 2021.



CONCEPTION ET PRÉPARATION

ANALYSE DES COÛTS

En 2016 et 2017, le projet *Health Policy Plus* (HP+) financé par l'USAID a réalisé une analyse rigoureuse des coûts de la santé communautaire au Mali³¹. En raison de la fragmentation persistante, HP+ a rencontré des difficultés considérables pour comprendre les coûts de la stratégie SEC. Ceci inclut notamment des informations inexactes sur le nombre, les lieux, les conditions de service, les modes de paiement, et les conditions d'emploi des ASC, ainsi que l'absence d'une base de données centrale indiquant combien et par qui les ASC sont payés. En réponse, le projet a effectué une analyse de situation et a développé un outil cartographique pour prévoir les coûts des services, les financements disponibles, et les écarts financiers anticipés. Dans l'ensemble, le coût global annuel de la santé communautaire (SEC) s'élève à environ 13,7 millions de dollars, avec un déficit de financement d'au moins 2 millions de dollars (un montant qui va augmenter au fil du temps)³¹. Ils ont indiqué que la majorité des ASC fonctionnaient sans contrat officiel et avec des incitations monétaires irrégulières et insuffisantes. Le Gouvernement central représentait moins de 1% des sources de financement des ASC, et la CNSEC était déterminée à augmenter cette part de la contribution gouvernementale.

MOBILISATION DES RESSOURCES NATIONALES POUR LES SALAIRES DES ASC

Au cœur des objectifs de la CNSEC, il s'agit de persuader le Gouvernement de prévoir une ligne budgétaire spécifique aux municipalités pour le paiement des salaires des ASC. Pour atteindre cet objectif, la CNSEC s'est adressée à la fois au Gouvernement central et aux communautés, y compris aux Gouvernements des communes et à l'ASACO. Au cours de la première année de la subvention SECPro, les parties prenantes de la santé communautaire ont organisé des réunions entre le Gouvernement, les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre afin d'identifier les mécanismes de paiement des ASC via les budgets communaux. Ils ont aussi rédigé un contrat de

service entre les ASC et les autorités locales au niveau communautaire décrivant ce mécanisme de paiement.

Le district sanitaire de Kadiolo présentait un modèle potentiel attrayant. Save the Children avait travaillé avec les maires locaux et les ASACO depuis 2014 pour faire passer les salaires des ASC dans les budgets locaux. Cet effort a commencé par des formations pour les autorités locales sur l'analyse budgétaire, l'organisation de tables rondes pour mobiliser des fonds, et le suivi rapproché des dépenses de santé. Les maires ont convenu d'un processus par étape pour assumer une plus grande part de la charge financière au fil du temps. En 2015, les communautés paieraient 50 % des salaires des ASC (répartis à parts égales entre les budgets de la commune et ceux de l'ASACO) et Save the Children paierait les 50 % restants. En 2016, les communautés prendraient à leur charge 75 % des salaires, puis 100 % à partir de 2017. Le Ministre en charge de la santé de l'époque, le docteur Samba Sow, s'est rendu à Kadiolo juste après que les maires et les ASACO se soient engagés à assumer l'entière responsabilité des salaires des ASC. Ceci a marqué un succès important de plaidoyer démontrant non seulement la valeur et les défis de la Stratégie SEC, mais aussi le dévouement de la communauté envers les ASC.

Le plaidoyer continu auprès de l'Assemblée nationale, l'organe responsable de l'approbation du budget national, a conduit à un autre succès majeur : la nomination d'un point focal des SEC à l'Assemblée. Suite à des efforts constants de renforcement des relations et à des réunions répétées, financées par le SECPro, la Commission de la Santé de l'Assemblée nationale a identifié un représentant (appelé point focal) chargé d'examiner les dossiers traitant des SEC qui arrivent à l'Assemblée nationale. La CNSEC travaille avec ce point focal pour identifier les opportunités de plaidoyer pour promouvoir la stratégie SEC. Le point focal peut saisir la CNSEC si le Gouvernement malien devait revoir un budget national qui ne prévoit pas de fonds pour les salaires des ASC. Heureusement, la Commission de la Santé a nommé un défenseur des SEC particulièrement efficace à ce poste, un marqueur

de l'importance qu'ils accordent à la stratégie SEC, bien que ce rôle ne soit pas encore formalisé comme un poste récurrent et à long terme.

GARANTIR UN STATUT JURIDIQUE AUX ASC

Lorsque le projet SECPro a démarré, la question de l'intégration des ASC dans le système national de santé et du paiement de leurs salaires gagnait en importance. En septembre-octobre 2016, le PASEC (dirigé par la FENASCOM et l'AMM) a réuni un groupe d'experts multisectoriel et organisé un atelier de 15 jours à Kangaba, dans la région de Koulikoro. L'objectif était de déterminer si un aspect de la loi malienne interdisait aux ASC d'être des fonctionnaires. Ils ont constaté que les ASC existants avaient besoin d'un « statut exceptionnel » pour percevoir des salaires versés par le Gouvernement. Il faudrait un travail de plaidoyer dédié pour assurer le suivi de ces conclusions et veiller à ce qu'un statut juridique approprié soit rédigé.

Suite à une campagne de plaidoyer auprès de l'Assemblée nationale, cet effort a reçu un coup de pouce. En effet, les parties prenantes de la santé communautaire avaient organisé à plusieurs reprises des sessions avec les parlementaires pour les sensibiliser à l'importance de la Stratégie SEC, particulièrement en ce qui concernait la mobilisation des ressources pour la rémunération des ASC. En avril 2018, la CNSEC et la Commission de Santé de l'Assemblée nationale ont organisé un échange de témoignages pour souligner les défis de la pérennité des SEC si les salaires des ASC n'étaient pas payés avec les ressources nationales. Parmi les intervenants, on compte un ASC, une mère de famille, un chef de village, une représentante de comité de femmes utilisatrices des services des CSCOM, un président d'ASACO, un président de FELASCOM et un directeur technique de CSCOM. En réponse, l'Assemblée nationale a recommandé un projet de loi pour intégrer les ASC en tant que fonctionnaires, une victoire majeure de plaidoyer qui a été diffusée à la télévision et à la radio nationale.

La CNSEC s'est chargée de suivre cette recommandation pour s'assurer qu'elle se concrétise. Ils ont rencontré la Direction des ressources humaines du secteur de la santé sur la création d'une base de données nationale des ressources

humaines pour les ASC avec la cellule d'appui à la décentralisation et la déconcentration du Ministère chargé de la santé (CADD/MSAS) pour élaborer un texte relatif au statut juridique des ASC.

HARMONISATION DU PROGRAMME

Comme souligné dans le rapport HP+ sur le financement des SEC, un obstacle majeur à la pérennité des salaires des ASC était la fragmentation entre les différents partenaires de mise en œuvre. En collaboration avec la Direction Générale de la Santé, les parties prenantes de la santé communautaire ont mis sur pied un comité chargé d'harmoniser d'abord les montants accordés aux ASC, puis d'autres aspects de leur paquet de services. Comme le Groupe Ad Hoc des SEC avait été habilité à renforcer ses fonctions de coordination dans le cadre du projet SECPro, c'était une plateforme efficace pour prendre et valider ces décisions. Ensemble, le Groupe Ad Hoc des SEC et la CNSEC ont fait pression sur les bailleurs de fonds pour qu'ils harmonisent leur financement et leurs approches. Sur la base de ce processus d'harmonisation, les parties prenantes se sont réunies lors d'un atelier à Sikasso. Le but était de réviser les outils de travail des SEC et de convenir des ajustements à prendre en compte dans la révision du Plan Stratégique des SEC en 2018.

CONCEVOIR UNE POLITIQUE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Parallèlement, un processus politique sur la couverture sanitaire universelle (CSU) a commencé à avancer. En septembre 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Save the Children ont aidé le Ministère en charge de la Solidarité à organiser un atelier pour rédiger un nouveau projet de loi introduisant un système de soins de santé universels. L'équipe d'experts réunie au sein d'un comité national de réflexion sur les soins de santé universels a étudié les trois régimes d'assurance maladie existants dans le pays, à savoir l'assurance maladie obligatoire (AMO), le régime d'assistance médicale (RAMED) et les mutuelles. Ensemble, ces programmes qui ont tous créés un système fragmenté ne couvrant qu'environ 12% de la population, principalement les personnes travaillant dans le secteur formel^{23,25}. La Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la

communauté (CNSEC) était membre de ce comité de réflexion et la FENASCOM a mis en place un groupe parallèle d'experts de la société civile pour amener le Gouvernement à prendre en charge effectivement les préoccupations de la société civile dans le nouveau modèle d'assurance santé.

Ce travail sur une politique nationale de CSU se concrétisait finalement près de deux ans plus tard, avec un projet de loi visant à établir le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU)⁴⁴. Le RAMU a été adopté par le Conseil des ministres en juin 2018 et par l'Assemblée nationale en décembre 2018. Il a été promulgué par le Président de la République de l'époque le 31 décembre 2018. La CNSEC attribue au point focal des SEC à l'Assemblée nationale le mérite de l'avoir guidé dans le processus de promotion de l'adoption du RAMU. La politique devrait bénéficier principalement aux populations des zones rurales et du secteur informel, mais le Mali devra mobiliser environ 160 millions de dollars pour rendre le dispositif opérationnel. Sa mise en œuvre reste toujours attendue.

ANNONCE D'UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'adoption du RAMU n'a été que le début d'une vague de réformes radicales du système de santé, fruit des efforts intensifs de plaidoyer des partenaires du projet SECPro et d'autres partenaires. Un atelier organisé en 2018 pour examiner le Plan Stratégique des SEC a révélé un manque de progrès dans les indicateurs de santé, ce qui a généré de la frustration et un large débat sur les difficultés auxquelles est confronté le système de santé. Le Ministre en charge de la santé de l'époque, le docteur Samba Sow (nommé en 2017) s'est réellement intéressé à la promotion de la CSU et de la santé communautaire. Il a tiré parti du sentiment croissant qu'une réforme plus radicale était nécessaire pour mener à bien ce programme.

Peu après l'adoption du RAMU, en février 2019, le Président de la République du Mali de l'époque a annoncé une réforme encore plus large du système de santé¹². Cette réforme garantit la fourniture

gratuite d'un paquet complet de services de santé primaire pour les femmes, les enfants, et les personnes âgées. Il est également essentiel de noter que cette réforme établit officiellement les ASC en tant que partie intégrante du secteur de la santé, liés aux CSCom et fournissant gratuitement des services essentiels au niveau communautaire. Cette annonce offre la possibilité de débloquent un défi majeur à l'institutionnalisation de la santé communautaire. Malheureusement, comme les ASC n'avaient pas été mentionnés auparavant dans la loi sur le système national de santé du pays, il n'était pas clair s'ils pouvaient être payés sur le budget national³¹, et les écoles de santé n'enseignaient pas le cours sur les ASC. Pour aider à résoudre des défis, une équipe juridique de l'unité de régulation rédige actuellement des lois appropriées qui permettront aux ASC d'être payés par l'État, et l'équipe SECPro (y compris la CNSEC) s'attend à ce qu'un programme national de formation des ASC soit élaboré et dispensé dans les écoles de santé.

CONCEPTION DE PROGRAMME POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉFORMÉ

Suite à l'annonce de la réforme par le Président Keita alors en exercice, le Ministère chargé de la santé et d'autres parties prenantes de la santé communautaire ont travaillé sous la supervision de la direction du Groupe *Ad Hoc* des SEC pour élaborer des directives, guides de programme et des documents opérationnels. Le groupe se réunit toutes les deux semaines pour suivre le progrès des différents groupes de travail techniques qui ont été formés pour traiter de cette réforme. De même, le Groupe *Ad Hoc* des SEC incorpore des ajustements à la Stratégie SEC, y compris ceux qui sont ressortis du processus d'harmonisation, l'adoption du modèle de supervision dédié de l'ONG Muso pour améliorer la qualité de la mise en œuvre, et l'ajout de services pour lutter contre le VIH et la tuberculose dans le paquet SEC. Les partenaires du SECPro ont pris l'initiative d'assurer le consensus de toutes les parties prenantes et des partenaires de mise en œuvre dans la planification de la mise en œuvre, y compris l'organisation des réunions du Groupe *Ad Hoc* des SEC.

DOSSIER D'INVESTISSEMENT DU MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL

Le Mécanisme de financement mondiale (GFF) de la Banque mondiale vise à aider les Gouvernements à élaborer des plans nationaux priorisés et chiffrés afin de catalyser des investissements à fort impact pour la santé et la nutrition des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. En mars 2019, le Gouvernement malien a commencé à travailler avec le GFF pour amorcer l'élaboration d'un dossier d'investissement visant à mobiliser des fonds pour le prochain PRODESS et à soutenir les réformes du secteur de la santé de 2019, y compris l'extension nationale des ASC⁴⁵. Avec le soutien du GFF, le Mali a réalisé une cartographie des ressources pour le dossier d'investissement, qui se concentrera sur la prestation de services de santé de qualité dans tout le parcours de soins, le soutien aux piliers du système de santé et la gouvernance. Au fil du temps, le GFF aidera le Mali à institutionnaliser le processus de cartographie des ressources, à s'assurer que les ressources des bailleurs de fonds sont alignées sur les plans stratégiques nationaux, et à plaider pour des financements supplémentaires.

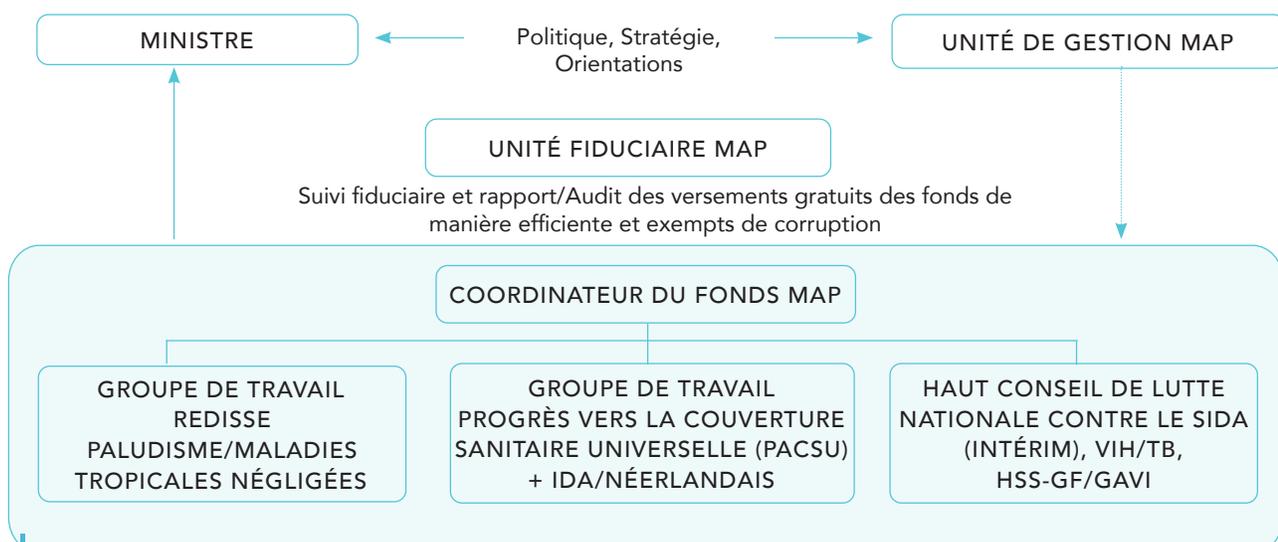
LE PLAN D'ACTION POUR LE MALI (MALI ACTION PLAN OU MAP)

Alors que ce travail de réforme du système de santé était en cours, le Président de la République du Mali de l'époque a brusquement congédié ses hauts fonctionnaires à cause de l'insécurité chronique et des grèves. Le nouveau Gouvernement

comprenait un nouveau Ministre de la santé et des affaires sociales, Monsieur Michel Sidibe. Heureusement, comme l'annonce de la réforme émanait du Président de la République lui-même, ce changement de Ministre n'a pas mis fin à ces avancées. Au contraire, le nouveau Ministre a travaillé à consolider et à approfondir le travail de réforme en cours à travers un nouveau document de politique, le Plan d'Action du Mali 2020-2023 (ou MAP)³. Au départ, les partenaires de la santé communautaire craignaient que le MAP ne mette fin à leurs progrès minutieux et durement acquis pour la réforme de la santé communautaire. Mais, le Ministère chargé de la santé s'est empressé de les rassurer en leur expliquant que le MAP s'inscrivait dans le cadre des politiques de santé existantes et qu'il ne constituait en rien une politique distincte ou parallèle.

Publié en janvier 2020, le MAP définit une vision ambitieuse de réforme profonde, englobant quatre piliers du système de santé, dont le premier est la santé communautaire. Ce plan vise à créer un cadre d'ASC professionnalisé, « le meilleur cadre d'Afrique », composé en majorité de femmes, offrant des services préventifs et curatifs gratuits en partenariat avec le CSCoM (qui fournira également un paquet de services de soins de santé primaires gratuits). Le plan prévoit la création d'une nouvelle Unité de Gestion du MAP dédiée à la stratégie— bien qu'il ne soit pas clair comment cette structure sera liée aux organes de coordination existants comme le Groupe Ad Hoc des SEC (voir Figure 3).

FIGURE 3 : L'unité fiduciaire et l'unité de gestion du MAP. Source : MAP



Le MAP aborde les questions de mobilisation des ressources en proposant une « Unité fiduciaire » (*Basket Fund*) pour mettre en commun et allouer toutes les ressources des bailleurs. En outre, il note la possibilité d'augmenter les recettes gouvernementales grâce à des taxes ciblées sur des secteurs spécifiques, à une amélioration du recouvrement de l'impôt, au refinancement de la dette malienne, et à la vente d'obligations d'État auprès de la diaspora malienne.

De nombreux aspects de la réforme que les parties prenantes de la santé communautaire ont envisagée

au début du SECPro pour institutionnaliser la santé communautaire sont repris dans l'annonce de la réforme du Président en 2019 et dans le MAP. Il reste à concrétiser les plans ambitieux du MAP et à s'assurer que les différents axes poursuivis au cours des dernières années se concrétisent. Si ces ambitions sont réalisées, le Mali peut disposer d'un personnel de santé communautaire qui apparaît dans les budgets nationaux, hautement qualifié, soutenu par une supervision spécialisée et capable de fournir des services de soins de santé primaires de haute qualité.

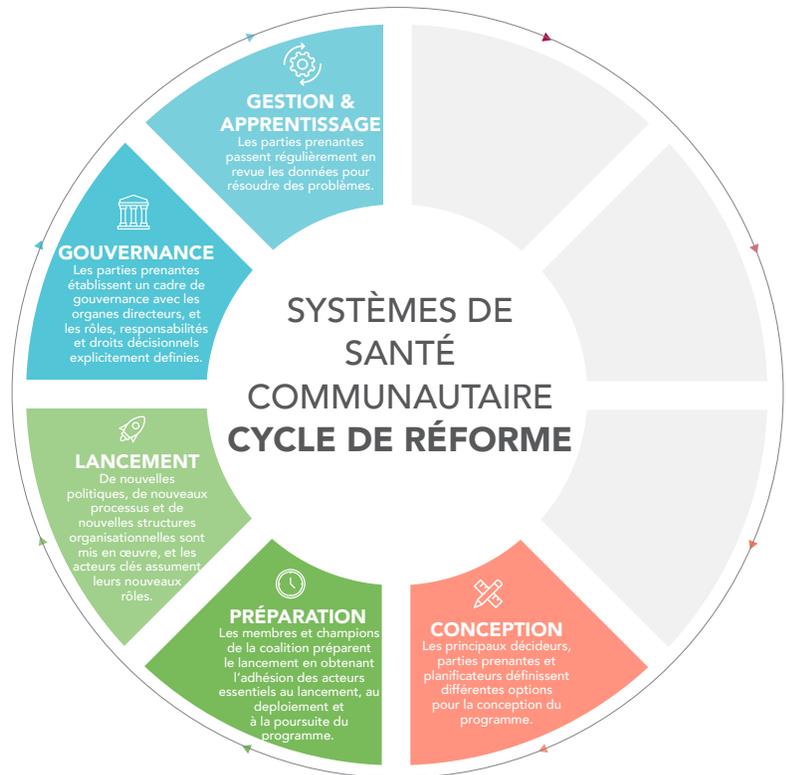
Opportunités et prochaines étapes

Au Mali, la santé communautaire est à un tournant critique, avec des possibilités exceptionnelles de progrès transformationnels. Cette opportunité est possible grâce à la forte volonté politique démontrée par le Gouvernement malien et aux efforts importants d'une coalition de parties prenantes clés. Cependant, la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a changé des priorités dans le monde, et deux coups d'État ont perturbé le Mali en moins d'un an, en 2020 et 2021. Ces changements de contexte politique peuvent retarder le processus de réforme, mais la validation anticipée du nouveau Plan Stratégique quinquennal à la mi-2021 donne à espérer que les défenseurs de l'approche SEC peuvent mener le pays à progresser malgré les défis. Pour consolider les acquis du SECPro et accélérer l'institutionnalisation de l'approche SEC au Mali, y compris la formalisation du paiement des salaires des ASC, les parties prenantes de la santé communautaire ont identifié un certain nombre d'étapes futures. Compte tenu des réalisations politiques représentées dans l'annonce de la réforme par le Président de l'époque, M. Keïta, et dans le MAP, une grande partie du travail à venir se concentrera sur les dernières étapes du cycle de réforme : finaliser la conception et la préparation du programme, assurer le lancement, la gouvernance, la gestion et l'apprentissage du programme.



CONCEPTION DES POLITIQUES

Le Ministère chargé de la santé et d'autres parties prenantes de la santé communautaire ont élaboré une feuille de route pour la santé communautaire au Mali, en collaboration avec l'USAID, l'UNICEF, la fondation Rockefeller, la Fondation Bill & Melinda Gates, et la Banque mondiale. La feuille de route pour la santé communautaire documente les progrès accomplis et définit les priorités des prochaines étapes de travail pour le renforcement et l'institutionnalisation de la santé communautaire. Cela, dans le but d'assurer l'alignement des



partenaires sur les priorités gouvernementales et d'aider les bailleurs à comprendre où leurs ressources pourraient apporter un appui catalytique.

Traduire les objectifs du MAP en directives et guides

: Avant tout, il est essentiel que le Mali maintienne son engagement politique en faveur de la réforme et de l'opérationnalisation de la santé communautaire, à commencer par le MAP. Le MAP définit des objectifs ambitieux et sa mise en œuvre devrait être un objectif prioritaire pour le Ministère chargé de la santé ainsi que pour ses partenaires. Toutefois, avant que le MAP puisse être déployé, il sera essentiel de déterminer comment les programmes et les structures décrits dans le MAP se traduiront concrètement sur le terrain et adopteront les progrès et les leçons déjà apprises. Le Mali devra entreprendre un processus complet de conception et de préparation du programme pour déployer les réformes promises dans le

MAP. Ce travail a déjà commencé en réponse à l'annonce de la réforme du Président de l'époque en 2019 et pour affiner la Stratégie SEC. Mais, les guides, protocoles, outils de travail, organes de coordination, et les autres systèmes d'appui nécessaires devront être mis à jour pour s'aligner sur le MAP ou être intégrés dans les nouveaux documents générés pour soutenir le déploiement du MAP.

Lancement du nouveau Plan Stratégique SEC : Quand le Plan Stratégique SEC a expiré en 2020, les parties prenantes de la santé communautaire étaient prêtes à soutenir le Ministère chargé de la santé dans l'élaboration du nouveau plan stratégique. L'intégration des ajustements testés au cours des années passées constituait une priorité majeure pour assurer la continuité de l'approche SEC. Lorsque le Mali se prépare à mettre en oeuvre ce Plan Stratégique, il sera important de le situer dans la mise en oeuvre du MAP et de soutenir la volonté politique dans un climat politique instable.

Formalisation des ASC : L'annonce de la réforme en 2019 a déclaré que les ASC feraient officiellement partie de la politique de santé au Mali, et une équipe juridique s'attèle actuellement à rédiger le statut juridique des ASC. La Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC) a l'intention de faire en sorte que ce statut juridique pour les ASC soit adopté afin qu'ils puissent être payés par les budgets gouvernementaux et d'institutionnaliser leur rôle dans le système de santé malien.



PRÉPARATION ET LANCEMENT DU PROGRAMME

Mobiliser les ressources nationales pour les salaires des ASC : Le déploiement complet de la Stratégie SEC nécessitera une mobilisation plus importante des ressources financières de l'État et du pays pour la plateforme communautaire, en particulier pour les salaires des ASC. Les parties prenantes de la santé communautaire ont fait des progrès dans la mise en place d'appui et des

fondations pour que les salaires des ASC soient une priorité nationale, mais ces efforts ne sont pas encore totalement achevés. Les défenseurs des ASC continuent de débattre du mécanisme de financement à court terme des salaires des ASC. Ils débattent aussi l'urgence d'amener le Mali à un point de pleine indépendance des bailleurs de fonds plutôt que de canaliser les ressources des bailleurs de fonds via les caisses du gouvernement. À court terme, la CNSEC exhorte le Gouvernement central à identifier une ligne budgétaire sur laquelle les communes peuvent payer les salaires des ASC. L'objectif était que le Ministère chargé de la santé augmente le budget décentralisé des communes afin d'assurer le paiement des ASC d'ici à décembre 2020⁴². À long terme, l'objectif est de mettre les salaires des ASC entièrement sur le budget de l'État.

Mobilisation et mise à l'échelle à travers le

MAP : Afin de mettre en oeuvre les plans établis dans le MAP, le Ministère chargé de la santé et ses partenaires devront entreprendre une analyse financière pour budgétiser les coûts du MAP et identifier les écarts financiers. Le Fonds Commun et l'Unité de Gestion du MAP ont pour but de consolider toutes les activités des partenaires de mise en oeuvre et des bailleurs de fonds. Ce processus devra en effet comporter une cartographie des responsables, des ressources, et de la périodicité des activités de chaque partenaire. En outre, pour éviter les difficultés rencontrées au cours de l'initiative PASEC, le Ministère chargé de la santé devra s'assurer que les bailleurs et les partenaires participent au Fonds Commun et que celui-ci peut s'adapter à leurs politiques de financement. Selon la feuille de route de la santé communautaire, le Mali vise à recruter 10 521 nouveaux ASC et suffisamment de personnel pour la création de 1 336 nouveaux CSCCom d'ici 2022¹⁹. Atteindre une couverture totale dans la mise en oeuvre du MAP sera une tâche herculéenne. Ce déploiement devrait actuellement se faire par phase, en commençant par une approche ciblée pour atteindre les communautés et les populations les plus nécessiteuses et en atteignant une couverture totale pas avant 2024 au moins.



GOVERNANCE, GESTION ET APPRENTISSAGE DU PROGRAMME

Institutionnaliser les structures de santé communautaire

communautaire : Trois structures essentielles qui font progresser l'institutionnalisation de la santé communautaire ont un statut conditionnel : le Groupe *Ad Hoc* des SEC, le point focal SEC à l'Assemblée nationale et la Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC).

1. **Groupe *Ad Hoc* des SEC** : Le nom du Groupe *Ad Hoc* des SEC implique son statut de structure temporaire et non enracinée, malgré le fait que ce soit le principal organe de coordination de la stratégie SEC. Les partenaires du SECPro ont rencontré des obstacles lorsqu'ils ont plaidé pour que le groupe soit institutionnalisé et rebaptisé pour mieux refléter son rôle. Avec la réforme du Président et le MAP, il devrait être possible de consolider le Groupe *Ad Hoc* des SEC en un comité de pilotage permanent pour les SEC.
2. **Point focal des SEC à l'Assemblée nationale** : De même, le rôle du point focal des SEC n'a pas été formalisé. En théorie, le poste devrait être renouvelé à la fin du mandat du titulaire actuel, mais cette continuité n'est pas garantie.
3. **Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC)** : L'investissement pour l'ICH arrivant à son terme, le plan d'action de la CNSEC n'est plus financé. Le projet SECPro et la CNSEC ont apporté un soutien essentiel au renforcement et à la restructuration du système de santé communautaire au Mali. Un plan de transition et de financement clair pour les activités soutenues par SECPro est essentiel pour poursuivre ces progrès. Les prochaines étapes concrètes pour la CNSEC comprennent : l'identification des activités à risque avec la fin du SECPro, le développement de stratégies d'atténuation, la mise à jour de leur plan d'action annuel, l'élaboration d'un plan stratégique à plus long terme, et la recherche de financement pour maintenir les activités. Heureusement, comme

la CNSEC a déjà mis en place les structures et le processus de définition des priorités et qu'elle dispose de quelques années d'expérience, les tâches de développement et de chiffrage de ses activités et de son plan stratégique devraient être facilitées.

Harmonisation et apprentissage : Le

Gouvernement malien reçoit un appui important de partenaires extérieurs et de bailleurs de fonds, mais cet appui a parfois été axé sur des programmes verticaux et dispersés, ce qui a affaibli les efforts de mise en œuvre et d'institutionnalisation de la stratégie SEC de manière efficace et efficiente. Le Gouvernement devrait donc assurer l'adhésion technique de tous les partenaires de mise en œuvre et bailleurs de fonds à la stratégie SEC nouvellement harmonisée. Cette harmonisation doit inclure les indicateurs et la collecte de données relatifs à la mise en œuvre des SEC, afin de mieux démontrer la valeur ajoutée des SEC et d'améliorer la prise décisionnelle fondée sur des éléments probants.

Pour conclure

La trajectoire de la réforme de la santé communautaire au Mali a atteint un point critique de l'institutionnalisation. Beaucoup de progrès ont été réalisés dans la mobilisation des champions, de la volonté politique, et de la demande communautaire pour que l'état de la santé communautaire dans le système de santé du Mali soit bien établi. Depuis 2016, l'investissement pour l'ICH a considérablement soutenu le processus de priorisation des problèmes dans le système de santé communautaire, la constitution d'une plus forte coalition de plaidoyer pour l'institutionnalisation de la Stratégie SEC, et le recueil de solutions au problème des salaires des ASC et autres insuffisances de la santé communautaire. Les résultats ont mis le Mali sur la voie de la mise en œuvre d'une réforme ambitieuse du système de santé. Alors que la demande de services communautaires de qualité augmente au sein de la population malienne, canalisée par de puissantes organisations de la société civile, la question n'est plus de savoir si le Mali va déployer un personnel de santé communautaire, mais comment et quand

le pays va le faire de sorte que la qualité élevée de la prestation des services soit assurée. La Coalition Nationale de plaidoyer pour les soins essentiels dans la communauté (CNSEC) et les autres défenseurs de la santé communautaire peuvent envisager avec optimisme un avenir où les efforts de réforme seront axés sur le perfectionnement d'une institution existante.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO_Guidelines-fr.pdf.
2. Chen N, Raghavan M, Albert J, et al. *The Community Health Systems Reform Cycle: Strengthening the Integration of Community Health Worker Programs Through an Institutional Reform Perspective*. *Glob Heal Sci Pract*. 2021;9(Supplement 1):S32-S46. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429>.
3. Ministère de la santé et des affaires sociales. *Le Plan d'Action pour le Mali (MAP) 2020-2030. La voie à suivre pour une meilleure santé*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/item/download/1287_652efd4dbcbda592bf043a849c3c5b4a.
4. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. 2015. *Plan Stratégique National des Soins Essentiels dans la Communauté 2016-2020*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/mali/media/2291/file/PSN%202026-2020.pdf>.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2019*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2019-briefing-kit-fr.pdf?sfvrsn=e09bf4d3_2.
6. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf>.
7. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
8. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. *Annuaire Statistique 2018 du système local d'information sanitaire du Mali*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSLIS2018VFdu27avril.pdf>.
9. Klein MC, Harvey SA, Diarra H, et al. "There is no free here, you have to pay": actual and perceived costs as barriers to intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Mali. *Malar J*. 2016;15(1):1-8. Disponible à l'adresse suivante : <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1210-0>.
10. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). *Rapport sur le développement humain 2019*. Disponible à l'adresse suivante : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf. Consulté le 24 juin 2020.
11. Banque mondiale. *Présentation du Mali*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview>.
12. Adepoju P. *Mali announces far-reaching health reform*. *The Lancet* (London, England). 2019. Disponible à l'adresse suivante : [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30684-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30684-1).
13. Lachapelle R. *Organisation communautaire en CSSS-CLSC Au Québec et Associations de santé communautaire au Mali: Une Étude comparative en développement des communautés*. 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://core.ac.uk/download/pdf/46923138.pdf>.
14. Magassa H, Meyer S. *The Impact of Aid Policies on Domestic Democratisation Processes: The Case of Mali Donor Harmonisation: Between Effectiveness and Working Paper*. Case Study IV. 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.508.5797&rep=rep1&type=pdf>.
15. Franco LM, Simpara C, Sidibe O, et al. *Equity initiative in Mali: Evaluation of the impact of Mutual Health Organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso Districts in Mali*. *Development*. 2006. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.urc-chs.com/sites/default/files/EquityInitiative-MaliTech112.pdf>.
16. Iknane A, Balique H, Diawara A, et al. *La Santé Communautaire au Mali: Acquis, enjeux et perspectives après deux décennies de mise en œuvre*. *Mali Santé Publique*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://revues.ml/index.php/msp/article/view/136/100>.

17. Audibert M, de Roodenbeke E. *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*. 2005. Disponible à l'adresse suivante : <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/395701468281960706/utilisation-de-services-de-sante-de-premier-niveau-au-mali-analyse-de-la-situation-et-perspectives>.
18. Ministère de la santé. *L'Approche Sectorielle dans le Domaine de la Santé au Mali*. 2009. Disponible à l'adresse suivante : https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Paul-2/publication/277062757_L'approche_sectorielle_dans_le_domaine_de_la_sante_au_Mali/links/56040afd08ae867aa876dee6/Lapproche-sectorielle-dans-le-domaine-de-la-sante-au-Mali.pdf.
19. Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali. *Feuille de Route et Priorités Nationales du Mali En Santé Communautaire, Élaborées en vue du respect du Partenariat de Johannesburg 2017*. 2019.
20. Lodenstein E, Dao D. *Devolution and human resources in primary healthcare in rural Mali*. *Hum Resour Health*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-9-15>.
21. Seppey M, Ridde V, Touré L, Coulibaly A. *Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali*. *Global Health*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-017-0307-8>.
22. Besada D, Rohde S, Daviaud E, Kerber K, Doherty T, IHSS *Evaluation study group*. *Report on the Summative External Evaluation of the Catalytic Initiative / Integrated Health Systems Strengthening Programme in Mali*. South African Medical Research Council, University of the Western Cape and Save the Children. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.samrc.ac.za/sites/default/files/files/2016-07-11/IHSSMultiCountryReport.pdf>.
23. Deville C, Hane F, Ridde V, Touré L. *La Couverture Universelle En Santé Au Sahel : La Situation au Mali et au Sénégal en 2018*. Vol 40. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ieim.uqam.ca/spip.php?article11430&lang=fr>.
24. Ridde V. *From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies*. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(Suppl 3):S6. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4652517/>.
25. Coulibaly A, Gautier L, Touré L, Ridde V. *Performance-Based Financing (PBF) in Mali: is it legitimate to speak of the emergence of a public health policy?* *Rev Int Polit développement*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00566-0>.
26. Paul E. *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé. Étude de cas du Mali*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE_results___lessons/MALI_Documenting_results_Etude_de_cas_EP-FINAL_FR_accepted.pdf.
27. Leon N, Sanders D, Van Damme W, et al. *The role of "hidden" community volunteers in community-based health service delivery platforms: Examples from sub-Saharan Africa*. *Glob Health Action*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.815.8552&rep=rep1&type=pdf>.
28. Bennett S, George A, Rodriguez D, et al. *Policy challenges facing integrated community case management in Sub-Saharan Africa*. *Trop Med Int Health*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12319>.
29. UNICEF. *Review of Systematic Challenges to the Scale-up of Integrated Community Case Management*. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.childhealthtaskforce.org/resources/report/2012/review-systematic-challenges-scale-iccm-unicef-2012>.
30. Juillet A, Touré B, Ouedraogo H, Derriennic Y. *Évaluation du Système de Santé au Mali*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hfgproject.org/evaluation-du-systeme-de-sante-au-mali/>.
31. Saint-Firmin PP, Diakite BD, Stratton S, Ortiz C. *Menaces pesant sur le Programme d'Agents de Santé Communautaire au Mali : des Preuves pour Promouvoir les Efforts de Plaidoyer*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TMBR.pdf.
32. Ministère de la Santé. *PRODESS II Prolongé 2009-2011 Composante Santé*. 2009. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/medicines/areas/coordination/mali_health_plan.pdf.
33. Secrétariat Permanent du PRODESS, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF). *Programme de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 (PRODESS III)*. Published 2014.

34. Secrétariat Permanent du PRODESS, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la F. Plan Decennal De Developpement Sanitaire Et Social (PDDSS) 2014-2023. 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf.
35. Dovlo D, Nabyonga-Orem J, Estrelli Y, Mwisongo A. *Policy dialogues - The "bolts and joints" of policy-making: Experiences from Cabo Verde, Chad and Mali*. BMC Health Serv Res. 2016;16(Suppl 4). Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1455-x>.
36. Project Muso. *Project Muso Ladamunen: Annual Report 2011*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.musohealth.org/reportsfinancials>.
37. Devlin K, Egan KF, Pandit-Rajani T. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Mali*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/mali_chs_catalog_profile_0.pdf.
38. Aga Khan Foundation. *Year 2 Annual Report: Strengthening the "Soins essentiels dans la communauté" Strategy Project*. 2018.
39. Muso. *Annual Report 2012*. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.musohealth.org/reportsfinancials>.
40. Muso. *Beyond the Walls: 2018 Annual Report*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.musohealth.org/reportsfinancials>.
41. Aga Khan Foundation. *Year 1 Annual Report: Strengthening the "Soins essentiels dans la communauté" Strategy Project*. 2017.
42. Aga Khan Foundation. *Year 3 Annual Report: Strengthening the "Soins essentiels dans la communauté" Strategy Project*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00W7DS.pdf.
43. National Evaluation Platform. *Utilisation Institutionnelle de LiST au Mali: Revue nationale*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/download/761_5820fb0c3d1153b7b6c9944a0655ef98.
44. Boubacar I. *Mali : Adoption de RAMU : Une concrétisation du Programme Présidentiel d'Urgence Sociale Mali*. L'Observatoire. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://maliactu.net/mali-adoption-de-ramu-une-concretisation-du-programme-presidentiel-durgence-sociale/>.
45. Global Financing Facility. *2018-2019 Annual Report: Mali*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/global-financing-facility-annual-report-2018-2019>.