

PROJET ARIVA

APPUI AU RENFORCEMENT DE L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

UNION EUROPEENNE

ETUDE SUR LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

Rapport de mission au Mali

(9-20 septembre 2003)



CREDES – 53, Rue de Turbigo – 75003 PARIS – France
Tel. : (33) 01.42.74.11.10. – Fax. : (33) 01.42.74.11.20.
E-mail : credes@credes.net

Ce rapport fait la synthèse de la mission réalisée au Mali, par le Dr Amadou Sylla avec l'appui de Mme Bénédicte Moulin, du 9 au 20 septembre 2003, en étroite collaboration avec le point focal, le Dr Touré, chef de la section surveillance et alerte épidémiologiques (SSAE/DPLM/DNS). Les experts ont travaillé au niveau central à Bamako (Ministère de la Santé, Partenaires au Développement). Les consultants remercient leurs interlocuteurs pour leur disponibilité.

Les difficultés d'obtention des documents clés et la non disponibilité d'informations précises (notamment absence d'informations sur les ressources financières dédiées à la surveillance épidémiologique) n'ont pas toujours rendu possible l'élaboration d'une analyse fine.

SIGLES, ABREVIATIONS, ACRONYMES

DAF	Direction Administrative et Financière
DHS	Division Hygiène et Salubrité
DPLM	Division Prévention et Lutte contre la Maladie
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSSA	Direction du Service de Santé des Armées
CNI	Centre National d'Immunisation
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSC	Centre de Santé de Cercle
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
IDS	Integrated Disease Surveillance
IEC	Information Education et Communication
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNS	Laboratoire National de la Santé
MARH	Mission d'Appui à la Reforme Hospitalière
MDRH	Mission de Développement des Ressources Humaines
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASEI	Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNPRE	Plan National de Prévention et Réponse aux Epidémies
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
RAC	Réseau Autonome de Communication
SD-SNISS	Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SSAE	Section Surveillance et alerte épidémiologique
UPFIS	Unité Planification, Formation et Information Sanitaire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

1 CARACTERISTIQUES GENERALES DU MALI

1.1 Description du pays

Le Mali est un vaste pays sahélo saharien continental enclavé (1,24 millions de km²) d'un peu plus de 10 millions d'habitants¹ (dont 40% vivant à l'étranger), population affectée d'un taux d'accroissement annuel moyen de 2.2% calculé sur la période de 1987 à 1998. La densité moyenne de la population est estimée à 8,62 habitants au km² avec une variation de 200 habitants par km² à Bamako à 0.1 dans la Région de Kidal.

La République du Mali est divisée en trois niveaux d'organisation territoriale:

- (i) le niveau national qui comprend 8 régions administratives, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal et un district, celui de Bamako, capitale du pays,
- (ii) le niveau régional qui comporte 49 cercles et les 6 communes urbaines de Bamako,
- (iii) le niveau local avec 701 communes, 37 urbaines et 664 rurales, regroupant au total près de 12 000 villages.

Les caractéristiques générales du pays sont les suivantes :

- (i) des conditions physiques diversifiées avec quatre zones climatiques, sahariennes, sahéliennes, soudaniennes et guinéennes et un relief contrasté : plaines arrosées par des fleuves, étendues de sables et de dunes dans le Nord désertique, falaises de Bandiagara frontalières avec le Burkina Faso et monts mandingues au sud du pays. Le pays est traversé par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, qui comptent de nombreux affluents. La construction de nombreux barrages a favorisé le développement d'intenses activités de riziculture, de pêche et de maraîchage.
- (ii) Un maillage de voies de communication bitumées reliant la capitale aux chefs lieux des régions, routes peu praticables durant la saison de l'hivernage. Seule la région de Kayes est reliée par voie ferrée. Les infrastructures de transport du Mali sont parmi les moins développées du monde. Dans l'ensemble, elles sont insuffisantes et en mauvais état. L'enclavement et les difficultés d'accès aux services sociaux de base et aux infrastructures socio-économique sont vécus comme des contraintes majeures dans les régions les plus pauvres.
- (iii) une population à dominante rurale : 75% de la population vit en zone rurale (DNSI 1995) ; l'agriculture constitue le moyen d'existence d'environ 80% de la population et contribue à hauteur de 42% du PIB et de 75% des recettes d'exportation
- (iv) un enclavement : le Mali fait frontière avec 7 pays (l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest); les ports accessibles les plus proches sont ceux de Côte d'Ivoire et de Guinée.

1.2 Indicateurs généraux

L'examen des principaux indicateurs du Mali fait ressortir une situation d'ensemble difficile :

- (i) Avec un IDH de 0,378 et un IPH-1 de 47,8% le Mali occupe les rangs de classement respectifs de 153^{ème} sur 162 et de 83^{ème} sur 90 qui le placent ainsi parmi les pays les plus pauvres du monde. Le Mali répond aux critères des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).
- (ii) La grande majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (69%). Le Revenu par habitant au Mali est estimé à 240 \$ (moyenne de l'Afrique subsaharienne : 510 \$/hbt en 1998).
- (iii) Les indicateurs du système de santé éducatif malien sont parmi les moins performants au monde, près de 70% de la population active n'ayant pas accès à l'instruction, les écarts

¹ Dernier recensement général de la population : 1998

entre les régions étant considérables. Le taux brut de scolarisation primaire est inférieur à 50% et le taux d'alphabétisation des adultes de plus de 15 ans inférieur à 40%, avec un déséquilibre défavorable aux femmes, essentiellement de confession musulmane (94%). La qualité de l'éducation est également très faible.

- (iv) Le Mali est par ailleurs un pays jeune - 46% de la population a moins de 15 ans ; les enfants de moins de 5 ans représentent 19,34 %. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6 ans (EDSM3 – Juin 2002).

1.3 Indicateurs de la santé

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, est loin d'être satisfaisante. La part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé est estimée à 6,51% du Budget total voté en 2002. Les indicateurs de santé restent préoccupants au regard de l'Afrique subsaharienne et d'importantes disparités existent entre les milieux urbain et rural, les régions et les groupes socioéconomiques.

Le profil épidémiologique du pays est dominé par certaines pathologies courantes, notamment : le paludisme représente à lui seul 31% des pathologies; suivi par les infections respiratoires aiguës (IRA basses 8% des causes de morbidité et IRA hautes 4%) les traumatismes, (8% des causes de morbidité), les maladies diarrhéiques (11% des causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans). Enfin, de nombreux autres problèmes de santé affectent le Mali dont les plus importants sont la malnutrition, les méningites, les affections bucco-dentaires, les urétrites aiguës, la schistosomiase urinaire, les IST et le VIH/Sida.

Indicateur	valeur	Source d'information
Espérance de vie à la naissance	61,6 ans	EDSM3 (juin 2002)
Taux de natalité	45 pour mille	EDSM3 (juin 2002)
Taux de mortalité infantile	131 pour mille	EDSM3 (juin 2002)
Pourcentage d'urbanisation	26,8 pour cent	EDSM3 (juin 2002)
Taux de mortalité infanto juvénile	229 pour mille	EDSM3 (juin 2002)
Indice de mortalité maternelle	582 pour 100 000 naissances vivantes	EDSM3 (juin 2002)
PIB par habitant	2,2 pour cent	PNUD; rapport sur le développement humain
Proportion de la population vivant au dessous du seuil de la pauvreté	69%	DNSI, ESN (95/96)
Indice synthétique de fécondité	6,8 enfants par femmes	EDSM3 (juin 2002)
Taux d'alphabétisation des hommes adultes	23,2 pour cent	EDSM3 (juin 2002)
Taux d'alphabétisation des femmes adultes	11 pour cent	EDSM3 (juin 2002)

Couverture vaccinale nationale		
Antigènes	moins de 1 an	12 à 23 mois
BCG	81,5%	73%
DTCP3	31,5%	52%
Anti rougeoleux	23,8%	53%
Enfants complètement vaccinés	21,7%	46%

- Taux d'utilisation des consultations primaires curatives : 0,17 nouveau cas par habitant et par an
- Taux d'utilisation des consultations prénatales : 57 pour cent

1.4 Politique sanitaire

Le Mali dispose depuis 1998 d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) dont le premier programme quinquennal de mise en œuvre est le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS, 1998-2002). Toutes les actions s'inscrivent dans ce cadre.

La politique sectorielle de santé et de population se fonde sur les principes des soins de santé primaires et de l'Initiative de Bamako. Ces principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- (i) Différenciation des rôles et des missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.
- (ii) Garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.
- (iii) Participation communautaire à la gestion du système et mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et optimisation de leur utilisation
- (iv) Promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire, complémentaire du secteur privé²

Le Mali a par ailleurs élaboré un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), approuvé en Mai 2002. La révision du PRODESS est en cours, afin de l'harmoniser avec le CSLP qui devient le cadre unique des politiques et des stratégies à moyen terme du gouvernement et le principal document de négociation avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Le suivi-évaluation du CSLP se fait au travers d'indicateurs dont un certain nombre concerne le secteur de la santé ce qui rend d'autant plus important la performance et la fiabilité du système d'information sanitaire.

1.5 Différents secteurs de santé

L'offre de soins est essentiellement assurée par le secteur public. Néanmoins, une politique de libéralisation des professions médicales a été initiée par le Gouvernement et adoptée par l'Assemblée Nationale dès 1985 (loi 85-41/AN-RM du 14 mars 1985). L'objet principal de cette politique était d'améliorer la couverture sanitaire géographique en intervenant en complément des établissements sanitaires existants, publics et confessionnels mais le secteur privé reste essentiellement concentré dans les principales villes du pays. Le principal écueil reste l'absence de formalisation des relations entre le secteur privé et le secteur public, ce qui pose notamment le problème de la transmission des données statistiques.

Les formations sanitaires confessionnelles³ existent pratiquement dans toutes les régions du Mali et permettent ainsi d'accroître substantiellement la couverture sanitaire. En revanche, se pose le problème de leur coexistence avec le secteur public, car ces structures n'appliquent pas le principe de recouvrement des coûts ce qui est en contradiction avec la politique sanitaire nationale.

1.6 Ressources humaines existantes

L'effectif total des professionnels inscrits dans les différents Ordres nationaux s'élevait, en 2002, à 1373 médecins, 533 pharmaciens et 534 sages-femmes, ce qui est cependant loin de représenter l'ensemble des professionnels, la majorité de ceux du secteur privé exerçant par ailleurs dans la capitale.

Pour ce qui est du secteur public, on relève, au 30 juin 2003 :

- 573 médecins (dont 106 d'origine cubaine), 30% d'entre eux étant affectés au District de Bamako et aux services de l'administration centrale
- 23 pharmaciens
- 505 sages femmes dont 63 % à Bamako
- 518 IDE dont 30% à Bamako
- 1081 techniciens (techniciens de santé, techniciens sanitaires, techniciens de laboratoire, techniciens spécialisés) dont 30% à Bamako
- 14 ingénieurs sanitaires et ingénieurs spécialisés.

² Ces éléments d'informations sont tirés du PDDSS 1998-2007

³ 23 établissements confessionnels étaient recensés en 1998 (Données du PDDSS)

1.7 Financement du système de santé

Le financement du secteur de la santé se fait théoriquement à travers le programme de développement socio sanitaire (PRODESS), cadre de référence pour tous les partenaires intervenants dans ce secteur. Dans la réalité, la majorité des financements ne passe pas par le PRODESS et il est à ce jour impossible de connaître les montants financiers actuellement dédiés au secteur de la santé. Les montants fournis par la DAF (exposés dans la fiche pays) ne reflètent absolument pas la réalité et sont à prendre avec beaucoup de prudence. Pour illustrer notre propos, on peut citer l'absence de prise en compte dans les documents budgétaires fournis par la DAF du budget de la coopération française.

Les Principaux partenaires financiers sont la Banque Mondiale, l'Union Européenne, la Banque Africaine de Développement, la Banque Islamique de Développement, les Coopération française, Suisse, hollandaise, Belge, Canadienne, Japonaise, le PNUD, l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS, la GTZ et différentes ONGs parmi lesquelles on peut citer MSF Luxembourg, MDM France et Belgique, Action Contre la Faim Espagne, Handicap International France.

Les différents volets du Programme sont exécutés à travers des plans d'opération annuels assortis d'activités précises et de moyens financiers nécessaires pour l'exécution de ces activités. Les PO sont soumis aux différents bailleurs de fonds du secteur santé pour obtenir leur accord et engagement.

Le coût total du programme a été estimé à 192 milliards de Francs CFA avec 89 milliards pour l'investissement et 103 milliards pour le fonctionnement. Le PRODESS est théoriquement financé à hauteur de 114 milliard par l'Etat et les ménages à travers le recouvrement des coûts, soit 59% et 78 milliards à rechercher auprès des partenaires extérieurs soit 41%

2 ASPECT ORGANISATIONNELS DU MINISTERE DE LA SANTE

2.1 Inventaire de la situation actuelle

2.1.1 Organigramme

a. Organisation générale du système de santé

Le système sanitaire du Mali est constitué par deux composantes essentielles :

(i) Les services administratifs organisés en fonction de la pyramide sanitaire du pays avec :

Les services centraux comprenant : i) le cabinet du ministre, ii) le secrétariat général et les services rattachés, iii) les trois directions centrales (direction nationale de la santé, direction administrative et financière et direction de la pharmacie et du laboratoire).

Les services régionaux : regroupent les directions régionales de la santé qui comprennent les services rattachés (de planification et de comptabilité), la division hygiène et salubrité et la division santé. Ces divisions comprennent chacune des sections dont celles chargées du SNIS et de la surveillance épidémiologique

Les services périphériques ou opérationnels logés au niveau des cercles qui sont l'équivalent des districts sanitaires de l'OMS. Il faut signaler entre autres, que c'est à ce niveau que s'effectuent les exercices de planification des activités socio sanitaires du système de santé.

(ii) Les services de soins qui se composent des structures de santé développant des activités de soins :

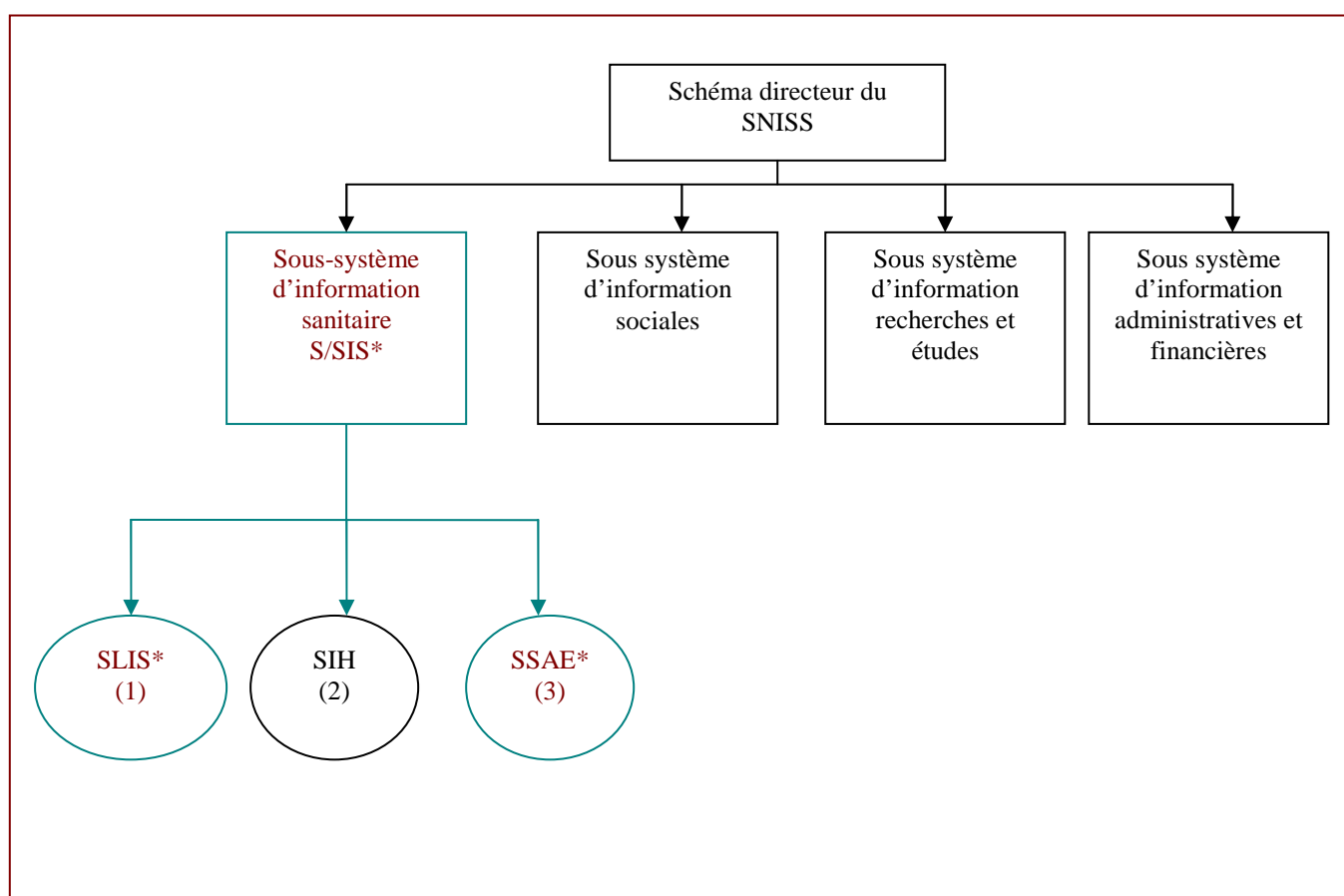
- Les centres de santé communautaires (CSCOM) et les centres de santé d'arrondissement revitalisés (CSAR). Au mois de juin 2003, le pays comptait 595 structures de ce type.
- Les structures sanitaires de premier niveau de référence, situées dans les chefs lieux de cercles, au nombre de 58.

- Les structures de deuxième niveau de référence, les hôpitaux régionaux, au nombre de 6, situés dans les chefs lieux de régions.
- Les structures de troisième référence du niveau central : quatre hôpitaux nationaux, cinq établissements publics à caractère scientifique culturel et technologique (EPSCT) : le centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), l'institut national de recherche en santé (INRSP), le laboratoire national de la santé (LNS), le centre national de transfusion sanguine et l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de l'Ouest (IOTA).

b. Organisation du Système National d'Information Sanitaire (SNISS)⁴

Le schéma directeur du SNISS (SD-SNISS) a été élaboré et validé en 1998 pour une période de cinq ans. Il est piloté par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), créée en 1992 et rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la Santé.

Le SNISS est organisé de la manière suivante :



** A ce jour, seuls systèmes opérationnels*

- (1) Le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) est basé au niveau de l'Unité Planification, Gestion, Formation de la Direction Nationale de la Santé⁵.
- (2) Le Système d'information hospitalière (SIH) est pilote directement par la CPS. A ce jour, il n'est pas opérationnel.
- (3) Le Système de Surveillance et d'Alerte Epidémiologique (SSAE) est basé au niveau de la Direction Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM), elle-même section de la DNS. Le SSAE est chargé (i) des activités de routine de la surveillance épidémiologique des maladies

⁴ Eléments tirés du rapport Évaluation du schéma directeur du système national d'informations sanitaire du mali (SD- SNISS – 1998/2002), version provisoire. Août 2003.

⁵ Voir organigramme de la DNS en annexe 6

transmissibles et (ii) de la coordination du système d'alerte des maladies à potentiel épidémiques à déclaration obligatoire (rougeole, méningite cérébro-spinale, choléra, fièvre jaune, paralysies flasques aiguës, tétanos néonatal et dysenterie bacillaire)

Ce système repose sur l'ensemble des structures aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En matière de gestion des épidémies et conformément au protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'ouest, de l'Algérie et du Tchad signé à Ouagadougou le 25 Octobre 1996, le Gouvernement du Mali a élaboré et mis en œuvre un plan National de prévention et de réponse aux épidémies 1999- 2003.

Ce plan comporte sept domaines prioritaires à savoir :

1. la surveillance épidémiologique,
2. le renforcement des laboratoires,
3. la prise en charge des cas,
4. les mesures préventives,
5. la gestion des épidémies,
6. la mobilisation sociale et la communication
7. la coopération Internationale/gestion transfrontalière des épidémies.

Les orientations données par la politique sectorielle de santé privilégient l'intégration et la décentralisation des activités de surveillance. La coordination de l'ensemble du système est assurée par la Direction Nationale de la Santé (DNS) à travers la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) et l'Unité Planification, Formation et Information Sanitaire (UPFIS).

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national de surveillance épidémiologique intégrée, la République du Mali a retenu 22 affections prioritaires que sont : (i) les maladies à potentiel épidémique au nombre de six (choléra, diarrhées sanglantes –schigelloses-, rougeole, méningite, fièvre hémorragique virale la fièvre jaune), (ii) les maladies à éradiquer/éliminer au nombre de cinq (paralysie flasque aiguë et poliomyélite, dracunculose ou vers de guinée, lèpre, tétanos néonatal et trachome, (iii) les autres maladies posant un problème de santé publique au nombre de onze (pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans, VIH/SIDA, paludisme, onchocercose, s infections sexuellement transmissibles(IST), trypanosomiase, tuberculose, hépatite B, s diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans, schistosomiases et filariose lymphatique).

Services impliqués dans la surveillance épidémiologique

Nom des services impliqués	Routine	Alerte précoce	Riposte
A- Direction Nationale de la Santé			
A-1 Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM)			
A-1-1 section surveillance et alerte épidémiologique (SSAE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-1-2 section immunisation (PEV)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A-1-3 section lutte contre la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-2 Division Hygiène Publique et Sanitaire (DHPS)			<input type="checkbox"/>
A-3 Unité planification information et formation	<input type="checkbox"/>		
B- Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.2 Mécanismes institutionnels

Il existe plusieurs intervenants dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles. Le mécanisme de fonctionnement de ses institutions se fait selon les textes et les procédures décrivant les rôles et attributions de chaque structure dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée. Par ailleurs, il est organisé régulièrement des concertations entre les différents intervenants en vue d'échanger les informations collectées par chaque structure (cas, décès, échantillons prélevés et activités d'hygiène)

La gestion des ressources (financières, matérielles et humaines) est conforme aux normes et aux procédures de gestion définies dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS.

Après la dissémination du plan stratégique national, chaque direction régionale de la santé publique élaborera un plan stratégique régional alimenté par les plans d'action annuels élaborés au niveau des cercles.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée, des organes de coordination sont mis en place sous l'autorité des responsables aux différents niveaux de la pyramide sanitaire pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies transmissibles, le rôle principal de ces organes reste la coordination des activités .

2.1.3 Rôle et attribution des intervenants

Pour une meilleure compréhension du mécanisme de gestion des activités de surveillance épidémiologique intégrée, les rôles et les attributions des différents organes de gestion sont présentés par niveau :

- **niveau centre de santé de cercle** : les comités de gestion intersectoriels de surveillance intégrée des maladies transmissibles dirigés par les autorités administratives des cercles ont été mis en place. Ces instances sont chargés de i) coordonner la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies transmissibles. ii) mobiliser les ressources nécessaires à l'exécution des plans d'opération. iii) suivre et évaluer le plan opérationnel de surveillance intégrée des maladies transmissibles . Par ailleurs, il existe des unités techniques de surveillance intégrée des maladies transmissibles placées sous la responsabilité des médecins-chefs de district qui sont chargées de : i) traiter, analyser, interpréter, utiliser les données pour la prise de décision, assurer la rétro information et diffuser l'information sanitaire. ii) conduire des missions d'investigations, de supervision et de formation du personnel.

- **niveau régional** : Il a été mis en place des comités de gestion intersectoriels de surveillance intégrée des maladies transmissibles et de riposte aux épidémies dirigés par les autorités administratives de la région. Ces comités sont chargés entre autres : de : i) coordonner la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies transmissibles ii) mobiliser les ressources nécessaires à l'exécution des plans d'opération. iii) suivre et évaluer le plan d'opération du système de surveillance intégrée des maladies transmissibles

A l'image des cercles, des unités techniques sont créés sous la tutelle des directeurs régionaux de la santé et sont chargées de développer les activités de surveillance au niveau régional : i) traiter, analyser, interpréter, utiliser les données pour la prise de décision, assurer la retro information et la diffusion. ii) appuyer les équipes socio-sanitaires des cercles impliquées dans la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies transmissibles, conduire des missions d'investigations, de supervision et de formation du personnel.

- **niveau central** : Un comité national intersectoriel de surveillance intégrée des maladies transmissibles, de préparation et de réponse aux épidémies est créé sous la tutelle du ministre de la santé publique, il est chargé de : i) adopter les plans stratégiques nationaux de surveillance intégrée des maladies transmissibles; ii) assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources nécessaires ; iii) suivre la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux.

Un comité de coordination pour la surveillance des maladies transmissibles, de préparation et de réponse aux épidémies dirigé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé sera chargé au niveau central de i) veiller à la mise en œuvre de toutes les phases de la stratégie nationale des maladies transmissibles,. ii) mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie. iii) rendre compte au ministre de la santé des étapes d'exécution de la mise en œuvre de la stratégie nationale de surveillance intégrée des maladies transmissibles, iv) évaluer la mise en œuvre de la stratégie nationale de surveillance intégrée des maladies transmissibles.

Un groupe de travail pour la surveillance des maladies transmissibles, dirigé par le Directeur National de la Santé a également été créé. Cet organe est chargé de : i) conduire les activités de mise en

œuvre de la stratégie nationale de surveillance intégrée des maladies transmissibles, ii) rendre compte au comité de coordination des activités de surveillance intégrée des maladies transmissibles.

L'unité focale de surveillance intégrée des maladies transmissibles, représentée par la section surveillance épidémiologique de la division prévention et de lutte contre la maladie est chargée de : i) compiler les données épidémiologiques des maladies prioritaires ; ii) traiter, analyser, interpréter, utiliser les données pour la prise de décision, assurer la retro information et diffuser l'information sanitaire. iii) appuyer les équipes régionales de santé à conduire des missions d'investigations, de supervision et de formation du personnel.

2.1.4 Support officiel des mécanismes décisionnels

L'organisation et la composition de ces différents comités est fixé dans les documents officiels (décision ministérielle, décret – ex : Décision portant création d'un comité de coordination pour la surveillance des maladies transmissibles. Août 2000.)

2-2 ANALYSE

2.2.1 Forces et Faiblesses

Forces	Faiblesse
<p>I. Sur le plan institutionnel :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Volonté politique du gouvernement malien : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inscription de la SAE comme l'une des priorités du PRODESS</i> - <i>lecture hebdomadaire des données de la SAE chaque semaine en conseil des Ministres</i> - <i>extension du système de surveillance épidémiologique intégrée des maladies retenue comme l'un des principaux axes stratégiques de la DNS pour 2004, ainsi que le renforcement du SIS a tous les niveaux</i> 2. Existence depuis 1998 d'un schéma directeur dont le fonctionnement est consigné dans un document « système national d'information sanitaire et sociale, schéma directeur ». 3. Existence d'un plan stratégique de surveillance intégrée des maladies transmissibles, de préparation et de réponse aux épidémies au Mali (2001-2005) 4. Existence d'un plan opérationnel de 2 ans (2001-2003) actuellement mis en œuvre 5. Mise en place des structures de coordination entre les différents partenaires du ministère de la santé dont les interventions dans le secteur de la santé, y compris la surveillance 	<p>I. Sur le plan institutionnel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés de coordination de la notification des données de surveillance des maladies transmissibles entre la section surveillance épidémiologique et l'unité chargée du SNIS, du pour partie à une différence de rythme de collecte des données (mensuel, hebdomadaire pour le premier et trimestriel pour le deuxième) 2. Confusion d'attribution des rôles respectifs de l'INRSP et du laboratoire national dans la gestion des maladies à potentiel épidémique, ayant pour conséquence un défaut d'orientation de certains échantillons, leur analyses bactériologiques devant être effectuées théoriquement par l'INRSP mais acheminés au laboratoire national qui ne s'occupe en réalité que du contrôle de la qualité des médicaments et du contrôle de la qualité de l'eau. 3. Irrégularité de la concertation des membres des comités de gestion des maladies transmissibles qui ne se réunit qu'à l'occasion d'une épidémie, 4. Difficile gestion des ressources humaines en raison d'une part de l'absence de Direction des Ressources Humaines et d'autre part de la mobilité du personnel.

<p>épidémiologique, se font selon les orientations du PRODESS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mise en place des comités de lutte contre les maladies transmissibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. 7. Renforcement des capacités gestionnaires de la direction nationale de la santé par la construction de deux bâtiments l'un abritant les services de la direction des affaires administratives et l'autre abritant les services techniques de la direction nationale de la santé, 8. Appui technique apporté a la DNS par l'Union Européenne dans le cadre de l'assistance technique du 8ème FED santé. 9. Appui du gouvernement canadien a travers le CCISD par la mise en place d'un projet d'appui de la surveillance épidémiologique intégrée (PASEi2). 10. Renforcement des capacités diagnostiques de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) par la mise en place d'un réseau national de laboratoires (en cours d'élaboration). 11. Existence d'une ligne budgétaire épidémies- catastrophes sur le budget de l'Etat à tous les niveaux (National, régional, cercles et district de Bamako). 12. Existence d'une cellule opérationnelle de gestion des épidémies et catastrophes auprès du Directeur National de la santé. 13. Existence de points focaux de surveillance épidémiologique dans certains établissements sanitaires Disponibilité d'outils de surveillance épidémiologique dans les établissements sanitaires. <p>II. Sur le plan de la coordination ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place d'un mécanisme de concertation entre le Ministère de la Santé et les partenaires au développement. Cette approche permet d'organiser des rencontres régulières entre les parties concernées au cours desquelles des réflexions sont faites pour le fonctionnement des activités du ministère de la santé y compris celles relatives à la surveillance épidémiologique. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Difficultés d'application des textes juridiques créant parfois des conflits d'attribution entre les différents acteurs au sein des structures. 6. Difficultés de communication et de concertation avec les services techniques impliqués dans la surveillance épidémiologique en raison de leur dispersion géographique. 7. Mauvais état des moyens de communication entre les différentes structures de la pyramide sanitaire. 8. Absence d'un plan de maintenance de la logistique et des moyens de communication <p>II. Sur le plan de la coordination :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non prise en compte récurrente des rubriques budgétaires prévues dans le cadre du PRODESS pour la mise en œuvre des activités de surveillance épidémiologique. 2. Insuffisance de prise en compte des autres maladies prioritaires inscrites dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et la riposte lors des visites de supervision des équipes de surveillance épidémiologique du niveau centrale, essentiellement ciblées sur les maladies à potentiel épidémique. 3. Faible communication entre les services techniques du ministère de la santé 4. Informations insuffisantes des procédures de décaissement des fonds au près de certains partenaires. 5. Retard dans l'approbation des requêtes formulées par les services avec pour conséquence majeure, des retards dans la mise en œuvre des activités. 6. Retard dans la mise à disposition à temps des fonds pour la réalisation des activités programmées, 7. Insuffisance des ressources allouées pour le fonctionnement des structures. 8. Faible implication des comités de gestion des épidémies au niveau de toutes les
---	---

<ol style="list-style-type: none"> 2. Mise en place par le ministère de la santé en collaboration avec les partenaires d'un système d'audit de la mise en œuvre des plans d'action inscrits dans le PRODESS. 3. Supervision régulière de l'exécution des activités du ministère de la santé y compris la surveillance épidémiologique selon la programmation annuelle des structures sanitaires. 4. Gestion décentralisée des activités inscrites au compte du PRODESS y compris celles du domaine de la surveillance épidémiologique intégrée. 5. Mise en place et renforcement des moyens de communication. (Rac, Fax, téléphone, messagerie.) pour la transmission des données 6. Mise en place d'un système de rencontres transfrontalières avec les pays voisins du mali (Niger, Sénégal, Mauritanie, Burkina Faso; et Côte d'ivoire). 7. Adoption de textes de lois régissant le contrôle sanitaire aux frontières, la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies et portant création de comité intersectoriel permanent de gestion des épidémies 	<p style="text-align: center;">structures de la pyramide sanitaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Faible taux de décaissement des fonds financier du PRODESS
--	--

2.2.2 Besoins et suggestions

Tenant compte de la situation décrite plus haut, nous pouvons faire les suggestions suivantes :

- Rendre disponibles au niveau de tous les services techniques du ministère de la santé les textes régissant leur fonctionnement
- Faciliter la communication rapide des services techniques centraux de la Direction Nationale de la Santé par la mise en place d'un réseau de communication intra net.
- Alléger les procédures de décaissement des fonds en agissant entre autre sur :
 - ✓ La mise en place d'une procédure unique de décaissement des fonds et connue de tous les acteurs (services techniques du ministère de la santé, les partenaires, les ONG et la société civile),
 - ✓ Amener le comité de suivi du PRODESS à diligenter les requêtes pour la mise en œuvre des activités planifiées,
 - ✓ Diffuser les résultats des missions d'audits internes et externes du PRODESS à tous les services impliqués dans la mise en œuvre du programme (niveaux central, régional et périphérique).
- Mettre en place une procédure de décaissement unique des fonds applicable par tous les partenaires.

- Définir et rendre fonctionnel un plan de rotation des agents de santé des niveaux périphérique et intermédiaire à leur poste d'affectation,
- Renforcer la logistique au niveau des services déconcentrés (régions et cercles),
- Encourager la validation des plans annuels des cercles par les comités locaux
- Redynamiser le fonctionnement des comités de lutte contre les épidémies

3-SYSTEME DE PLANIFICATION

3.1 Inventaire de la situation actuelle

3.1.1 Stade de mise en œuvre de la surveillance épidémiologique intégrée :

Sur financement de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Mali a réalisé en 2001 l'évaluation de son système national de surveillance épidémiologique⁶. Cette évaluation a abouti à l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance épidémiologique intégrée dont la mise en œuvre se fait à travers un plan quinquennal 2001-2005⁷.

A ce jour, le pays est en stade 4 de mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée. La formation des agents de santé des cercles (districts sanitaires) est en cours.

3.1.2 Document de planification du Ministère de la Santé

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS, a élaboré deux documents :

- (i) un plan stratégique quinquennal de la surveillance dont la mise en œuvre se fait par des plans opérationnels annuels
- (ii) un plan national de prévention et de réponse aux épidémies

3.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Les actions des partenaires se situent dans le cadre des orientations du PRODESS dont les rôles et attributions des acteurs (Etat et Partenaires) sont clairement définis.

Suite aux résultats des missions d'audits interne et externe, le Gouvernement du Mali a mis en place une commission pluridisciplinaire composée des représentants des partenaires et des services techniques des ministères impliqués dans la mise en œuvre de ce plan (Ministère de la santé, de la solidarité sociale et des personnes âgées, de l'agriculture, de la fonction publique, de l'environnement) pour réviser le PRODESS en tenant compte des principales recommandations faites par ces missions.

3.1.4 Processus de planification⁸

Le Processus de planification se fait de la base au sommet à travers les trois niveaux de la pyramide sanitaire et selon les directives de la CPS et d'après les orientations du PRODESS :

- Niveau périphérique : Les structures périphériques installées au niveau des cercles élaborent leur plans d'opération annuels tenant compte de tous les besoins des structures relevant des cercles, ces plans élaborés sont validés par les conseils de gestion des cercles avant leur transmission au niveau régional. Il faut signaler entre autres que la planification des activités socio sanitaires à ce niveau est faite conformément aux orientations du niveau central basées sur la politique sanitaire du pays.

⁶ Rapport de l'évaluation du système de surveillance épidémiologique, de préparation et de réponse aux épidémies au Mali. Février 2001.

⁷ Plan stratégique de surveillance intégrée des maladies transmissibles, de préparation et de réponse aux épidémies au Mali (2001-2005)

⁸ Pour de plus amples détails sur l'organisation de la planification dans le cadre du PRODESS, voir annexe 7

- Niveau régional : Le plan régional annuel est élaboré à partir des plans annuels des cercles et des besoins spécifiques de l'administration de la direction régionale de la santé.
- Niveau central : Il s'agit essentiellement du PRODESS qui regroupe les plans des services techniques centraux et des directions régionales de la santé. Ce plan élaboré est soumis à tous les partenaires du ministère de la santé pour donner leur avis avant d'être adopté. Ainsi le financement des activités socio sanitaires se fait dans le cadre strict des orientations de ce plan.

Le document final de planification est théoriquement finalisé par l'unité planification de la DNS.

3-2 Analyse

3.2.1 Forces et Faiblesses

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des services chargés de la planification sont créés au niveau de toutes les structures opérationnelles de la pyramide sanitaire du pays. ▪ L'expression des besoins se fait à partir de la périphérie, permettant ainsi de tenir compte des préoccupations du niveau périphérique. ▪ La société civile est impliquée dans le processus de planification annuelle. ▪ Les plans annuels des cercles élaborés sont validés au niveau local par les comités de gestion des cercles avant d'être acheminés au niveau des directions régionales de la santé, ▪ Il a été formaliser des audits internes et externes de la mise en œuvre du PRODESS qui associent les représentants du gouvernement, des partenaires et de la société civile. ▪ Des rencontres périodiques entre tous les acteurs du PRODESS sont organisées en vue d'apprécier son fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agents chargés de la planification au niveau opérationnel ne disposent pas d'une formation suffisante en planification. Ceci entraîne souvent des problèmes dans l'expression des besoins prioritaires pour ce niveau. ▪ Les services techniques des niveaux central et périphérique ont signalé la lourdeur des procédures de décaissement des fonds (circuits des dossiers très lourd). ▪ Il a été observé aussi des retards dans l'approbation des requêtes par le comité de suivi du PRODESS pour la mise en œuvre des activités programmées. ▪ Certains partenaires, bien qu'ayant souscrit au principe du PRODESS, assure le financement de certaines activités sur le terrain directement sans passer par les procédures recommandées. ▪ Il n'existe pas une rubrique spéciale concernant le financement des activités de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles. ▪ Interférence des activités du niveau central sur la réalisation des programmes définis par les équipes régionales et les équipes cadres de district au niveau des cercles.

3.2.2 Besoins et suggestions

Pour renforcer le processus de planification au niveau des différentes structures sanitaires de la pyramide sanitaire, des réflexions pourraient être menées selon certains prioritaires dont entre autres :

- La formation/recyclage des agents chargés de la planification au niveau des cercles et des régions.
- Définir des stratégies consensuelles d'allégement des procédures dans la mise en œuvre des activités planifiées. Ceci pourrait se faire entre autres par la mise en place d'un système de traitement rapide des dossiers concernant le financement des activités ayant fait l'objet de requêtes.
- Renforcer l'implication des délégués de la société civile dans les activités socio sanitaires des cercles et des régions.

4- SYSTEME D'INFORMATION, DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE

4.1 Niveau central

4.1.1 Ressources humaines

4.1.1.1 Inventaire des effectifs

Qualification	Existant					Financement du salaire	Besoins					Ecart				
	Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total		Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total	Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total
Médecin de Santé Publique	2	2	2	0	6	Etat	3	0	0	0	3	1	2	2	0	5
Médecin épidémiologiste	1	0	0	0	1	Etat	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Médecin généraliste	1	0	0	0	1	Etat	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Infirmiers	0	3	0	0	3	Etat	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Biologiste	0	0	0	3	3	Etat	0	0	0	4	4	0	0	0	1	1
Pharmacien	0	0	0	2	2	Etat	0	0	0	3	3	0	0	0	1	1
Technicien de Laboratoire	0	0	0	1	1	Etat	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1
Statisticien	0	0	0	10	10	Etat	1	0	1	10	12	1	0	1	0	2
Informaticien	0	0	2	0	2	Etat	1	1	0	0	2	1	1	2	0	4
Opérateurs de saisie	1	0	0	0	1	Etat	2	1	1	0	4	1	1	1	0	3
Logisticien	0	0	0	0	0	Etat	1	1	0	1	3	1	1	0	1	3
Secrétaire	0	1	0	0	1	Etat	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1
Techn. de commu./VHS	1	0	1	0	2	Etat	2	1	0	1	4	1	1	1	1	4
Comptable	1	1	0	0	2	Etat	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
Chauffeur	1	4	0	0	5	Etat	2	0	0	0	2	1	4	0	0	5
Gardien	0	0	0	0	0		0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Planton	0	0	0	0	0		0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total	8	11	5	16	40		14	7	3	21	45	8	16	8	5	37

4.1.1.2 Forces et faiblesses

Forces	Faiblesse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il existe au moins un agent chargé de la surveillance épidémiologique clinique et d'un laborantin au niveau de chaque cercle du pays ▪ Les salaires de la grande majorité des ressources humaines impliquées dans la surveillance épidémiologique sont pris en charge par l'état. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En raison de l'insuffisance des ressources financières, la formation des agents chargés de la surveillance épidémiologique n'a pas pu couvrir l'ensemble des régions et des cercles. ▪ Déficit non négligeable des ressources humaines notamment au niveau des régions et des cercles

4.1.1.3 Besoins et suggestions

Besoins de formation en informatique

Qualification	Nombre de personnels concernés	Types de logiciels	Coûts estimatifs en USD	Observations
Médecin de santé publique	3	EPIINFO, Access	nd	Formation locale par le recrutement d'une expertise dans ce domaine
Médecin Epidémiologiste	2	EPIINFO Access, Excel, logiciel de planification	nd	Formation locale par le recrutement d'une expertise dans ce domaine
Statisticien	2	EPIINFO	nd	Formation locale par le recrutement d'une expertise dans ce domaine
Informaticien	2	EPIMAP, healt mapper (cartographie)	nd	Formation locale par le recrutement d'une expertise dans ce domaine
Opérateurs de saisie	60	EPIINFO et Access	nd	Il s'agit de 1 agent par région et par cercle
Gestionnaire de données	30	EPIINFO EPIMAP, healt mapper (cartographie et Access	nd	Formation locale par le recrutement d'une expertise dans ce domaine
Laborantins	70	Logiciel de gestion des données du laboratoire	nd	L'OMS peut être chargé d'identifier les types de logiciels et les lieux de formation.

Autres besoins de formation

Qualification	Nbre de personnels concernés	Nature de la formation	Coûts estimatifs en USD	Observations
Médecins de santé publique	4	Suivie et évaluation des projets	ND	Contacteur le institutions de formations en SP
Médecins épidémiologiste	3	Méthodologie de recherche	ND	Contacteur le institutions de formations en épidémiologie
Biologistes	2	Formation supérieure en épidémiologie	ND	
Techniciens de	5	Formation à la	ND	L'INRSP peut

laboratoire		confirmation de MAPE		assurer cette formation
Opérateurs de saisie				

4.1.2 Ressources financières

4.1.2.1 Inventaire

Partenaires	Montants alloués à la SE	activités financées
Etat	ND	Paiement des salaires du personnel Achats de médicaments, réactifs et consommables à pré positionner Supervision , formation et logistique
OMS	Budget 1998-1999 : 356 010\$	Achats de vaccins Formation du personnel Supervision Equipement de l'équipe d'intervention rapide Achats de médicaments pour les épidémies Equipements de laboratoires de cercles
	Budget 2000-2001 : 2 606 000 \$	Elaboration d'un module de formation en SEI Evaluation du système de surveillance épidémiologique Achat de matériel pour l'unité de surveillance épidémiologique Achat de réactifs, vaccins, médicaments Formation de médecins Participation aux réunions transfrontalières Appui à l'élaboration du plan stratégique de surveillance épidémiologique intégrée
	Budget 2002-2003 : 4 580 000 \$	Achat de réactifs, vaccins, médicaments Formation du personnel Participation aux réunions transfrontalières Achat de matériel informatique Supervision Recherche
Union Européenne	ND	La SE n'est pas financée directement mais au travers (i) de l'enveloppe financière dédiée au Trésor via l'appui budgétaire (enveloppe de 30 millions d'euros) et qui peut concerner la SE (atteinte des objectifs fixés dans le CSLP), (ii) le 8ème FED : appui institutionnel
UNICEF	ND	Surveillance Epidémiologique à base communautaire
USAID	ND	Appui à la SE au travers du PRODESS Ont apporté un appui technique au SIS
CCISD Projet PASEI2	Budget prévisionnel - 2003-2007- : 2 millions de \$	Mise en place des centres de surveillance épidémiologique au niveau des cercles et des régions Equipement informatique des centres ouverts Formation en épidémiologie du personnel Supervision des activités de surveillance au niveau des régions et des cercles Appui institutionnel à la DPLM
MSF	ND	Mise en place de trois équipes d'intervention rapide à vocation régionale médicalisées et autonome Prédisposition de kits Appui logistique en cas d'épidémie
Banque Mondiale	ND Crédit total en appui au PRODESS : 40 millions de \$	Appui à la SE au travers du PRODESS

4.1.2.2 Forces et faiblesses

L'Etat et les Partenaires financent les activités de surveillance épidémiologique intégrée sans que l'on puisse avoir une quelconque indication du volume que représente ce financement. De plus, il existe des difficultés dans la mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des activités de la surveillance épidémiologique intégrée d'une part et de la fourniture des pièces justificatives des

activités réalisées d'autre part. L'une des conséquences majeure de ce retard dans le décaissement des fonds est le non respect des chronogrammes dans la mise en œuvre des activités programmées.

4.1.2.3 Besoins et suggestions

- Au niveau du PRODESS, identifier clairement une ligne destinée aux activités de surveillance épidémiologique,
- Mettre en place au niveau de la DAF, une procédure de décaissement rapide des fonds en cas de besoin
- Amener les points focaux de la surveillance épidémiologique des niveaux central, régional et périphérique à fournir les pièces justificatives à temps concernant les activités réalisées sur le terrain.
- Organiser régulièrement (rythme trimestriel) des audits internes de l'utilisation des ressources financières et rendre disponibles les rapports d'audit au niveau de tous les partenaires impliqués dans le financement des activités de surveillance épidémiologique.

4.1.3 Ressources matérielles

voir tableau page 24.

4.1.3.2 Maintenance du matériel logistique et équipements de laboratoire

Le problème du système de maintenance du matériel se pose avec acuité, le budget maintenance en tant que tel n'existant pas. Néanmoins, en cas de nécessité absolue et selon les montants disponibles, l'Etat assure la maintenance du matériel existant. Certains bailleurs de fonds fournissent le matériel aux services de santé mais ne prennent pas en charge la partie maintenance, considérant que celle-ci ressort du domaine de responsabilité de l'Etat.

4.1.3.3 Gestion des médicaments, réactifs et consommables (acquisition, stocks, distribution, sources de financement, logistique)

Le financement de l'achat des médicaments est assuré par l'Etat et l'OMS. Le stockage se fait au niveau des magasins des structures du Ministère de la Santé et la gestion est assurée par les services techniques (niveaux central, intermédiaire et périphérique) de la Direction Nationale de la Santé sous forme de stocks pré positionnés.

4.1.3.4 Forces et faiblesses

- Les médicaments sont achetés par l'Etat malien et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
- Le décaissement des fonds alloués par l'Etat pour l'achat des médicaments souffre d'un retard au niveau des services techniques de la DAF et les montants alloués sont souvent insuffisants.

4.1.3.5 Besoins et suggestions :

- Voter un budget achat médicaments suffisant et facilement décaissable au niveau du PRODESS.
- Obtenir l'appui des partenaires dans l'estimation des besoins en médicaments et consommables par les services techniques du ministère de la santé.
- Mettre en place un système de suivi de la gestion des médicaments et des consommables aux niveaux central, régional et intermédiaire en impliquant le personnel technique de la direction nationale de la pharmacie et du médicament.

4.1.3.6 Cas particulier du secteur privé

le secteur privé n'est pas impliqué dans la surveillance épidémiologique intégrée

Type de matériel	Existant					Etat (F/NF)	Source de financement		Montant des frais de fonct. et de maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins					Ecart				
	(nombre + nom pour les logiciels)						Pour le matériel (Etat ou partenaires)	Pour les frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)		(nombre + nom pour les logiciels)									
	Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total					Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total	Section SE	PEV	SIS	INRSP	Total
Laptop	2	0	1	1	4		État et partenaires	État et partenaires	nd	2	2	1	2	7	0	0		1	
Desktop	5	2	5	0	12				nd	3	2	0	1	6	2	0		1	
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	0	0	1	1	2		État et partenaires	État et partenaires	nd	1	0	0	2	3	1	0		1	
Imprimante	2	2	4	0	8		État et partenaires	État et partenaires	nd	5	2	0	1	8	3	0		1	
Photocopieuse	0	0	0	0	0					2	1	1	1	5	2	1		1	
Rétroprojecteur	0	0	0	0	0					0	1	1	1	3	0	1		1	
Data show	0	0	2	0	2		État et partenaires	État et partenaires	nd	1	2	0	1	4	1	2		1	
Véhicule	1	2	1	0	4				nd	1	2	1	1	5	0	0		1	
Motocyclette	1	0	2	0	3		Partenaires	Partenaires	nd	1	0	0	0	1	0	0		0	
Vélo	0	0	0	0	0					0	1	0	0	1	0	1		0	
Tél. internat.	0	0	0	0	0					0	1	1	1	3	0	1		1	
Fax	0	0	0	0	0					1	1	1	1	4	1	1		1	
Tel Portable	0	0	0	0	0					3	0	0	1	4	3	0		1	
Radio VHS	1	0	0	0	0		Partenaires	Partenaires		0	0	1	0	1	0	0		0	
Internet	1	0	0	1	2		Partenaires	Partenaires		0	1	1	1	3	0	1		0	
GPS	0	0	0	0	0					3	0	1	0	4	3	0		0	

Il existe au niveau du SIS , un logiciel pour la gestion des données appelé DESAM

4.2 Niveau intermédiaire et périphérique

Aucune information n'a pu être collectée.

4.3 Niveau sous régional

4.3.1 Inventaire des ressources

La dimension sous régionale de la surveillance épidémiologique intégrée des partenaires au Mali se résume par les activités suivantes :

- Financement des rencontres inter pays dans le cadre des échanges d'informations pour certaines maladies spécifiques notamment : vers de guinée, méningite, rougeole et tétanos néo natal.
- Rencontres entre pays frontaliers dans le cadre de l'organisation des journées nationales de vaccination contre certaines maladies transmissibles (Poliomyélite, méningite etc.....)
- Echanges d'informations épidémiologiques (Internet) en cas d'épidémies.

4.3.2 Difficultés

- L'OMS est le seul partenaire qui appui d'une manière spécifique la surveillance épidémiologique intégré des maladies transmissibles, et notamment les rencontres a caractère sous régional.
- La communication entre les pays est parfois obstruée par des impératifs politiques qui cantonnent les décideurs au silence et n'encourage pas à l'échange d'informations pourtant clés.
- Insuffisance des moyens de communication inter-pays

4-2-3 Besoins et suggestions

- Créer un mécanisme de concertation sous régional entre les partenaires dans le cadre de la surveillance épidémiologique notamment par la mise en place De réseaux de communication (Internet FAX, téléphone) fiables et durable entre les pays appartenant au même bloc épidémiologique.
- Organiser des rencontres régulières entre les partenaires et les services techniques nationaux des pays frontaliers
- Capitaliser les compétences nationales par la constitution de réseaux d'experts dans le cadre de la surveillance épidémiologique.

5 STADE DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Cette partie renvoie aux chapitres 2 et 3 dans lesquels ont déjà été exposé le fonctionnement de la S.E

