Interdisciplinary Finance and Development Journal

https://infinancejournal.com/

Revue Interdisciplinaire de Finance et de Développement

Article Type: Research Article

Received: 26/11/2025 **Volume/Issue: 3(2)**
Accepted: 20/04/2026 **Pub Date Season: Summer**
Published: 12/07/2026 **Pages: 247-269**

Cite as : Camara, M., Komina, A., Sidibé, M.A.H. & Diallo, A. M. (2026). Quelles politiques pour maintenir la qualite des prestations dans les centres de sante communautaire (CSComs) au Mali dans le contexte de crise multidimensionnelle. *Interdisciplinary Finance and Development Journal, 3(2),* 247-269.

Quelles politiques pour maintenir la qualité des prestations dans les centres de santé communautaire (CSComs) au Mali dans le contexte de crise multidimensionnelle

Dr Mamadou CAMARA[1], Adama KOMINA[2], Dr Mohamed Atteyoub Hachimi dit Modibo SIDIBE[3], Abdoulaye Mohamed DIALLO[4]

[1]Enseignant chercheur Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Mali. Centre Universitaire de Recherche Economique et Sociale (CURES), mamadouc94@yahoo.fr, ORCID : 0009-0008-1515-624X

[2]Doctorant, Ecole Doctorale « Droit-Economie-Sciences Sociales-Lettres et Arts » ED-DESSLA Mali, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako (FSEG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), adamakomina@gmail.com, ORCID : 0009-0004-8022-6620

[3]Enseignant-chercheur en Economie et Gestion Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako (FSEG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), atteyoub@gmail.com,

ORCID : 0000-0003-1335- 5321

[4]Doctorant, Ecole Doctorale « Droit-Economie-Sciences Sociales-Lettres et Arts » ED-DESSLA Mali, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako (FSEG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), dialloba41@gmail.com,ORCID : 0009-0009-0141-0822

DOI : 10.5281/zenodo.21324124

RÉSUMÉ

Avec le changement de régime en 2020 et la posture souverainiste des nouvelles autorités, certains partenaires techniques qui finançaient la santé se sont retirés réclamant un retour à l'ordre constitutionnel normal. Dans ce contexte de faible financement de la santé par les partenaires extérieurs, cet article vise à répondre à cette question en faisant une analyse de l'offre et la demande des services de santé au Mali, en appréciant l'évolution des indicateurs après le retrait de certains partenaires et en faisant des propositions de solutions basées sur les mécanismes de résilience des populations. Les résultats auxquels nous sommes parvenus, ne montrent pas une chute à court termes des indicateurs de santé. Nous sommes arrivées à la conclusion que malgré le retarit des partenaires les indicateurs clés de la santé se maintiennent et connaissent parfois des progressions. Pour renforcer la résilience des populations en matière d'accès aux soins de santé de qualité au niveau des CScoms nous avons proposé un certain nombre de solutions qui engagent l'Etat, les collectivités décentralisées et les ménages.

***Mots-clés** : CScoms ; partenaire technique ; santé ; indicateur ; résiliences*

Policies to maintain quality of services in community health centres (CSComs) in mali in the context of multimensional crisis

ABSTRACT

With the change of regime in 2020 and the sovereignist stance of the new authorities, some technical partners who had been funding healthcare withdrew, calling for a return to normal constitutional order. Against this backdrop of low health funding from external partners, this article aims to answer this question by analyzing the supply and demand for health services in Mali, assessing the evolution of indicators following the withdrawal of certain partners, and proposing solutions based on population resilience mechanisms. The results we arrived at do not show a short-term fall in health indicators. We have come to the conclusion that, despite the delay of our partners, key health indicators are being maintained and, in some cases, even improved. To strengthen people's resilience in terms of access to quality healthcare at ComHC level, we have proposed a number of solutions involving the state, decentralized authorities and households.

Keywords: *ComHC; technical partner; health; indicator; resilience*

INTRODUCTION

Les pays à travers le monde ont une vision anticipative sur les maladies et les pandémies. C'est pourquoi le troisième Objectif des Nations Unions pour le Développement Humain Durable (ODD) vise à assurer la santé et le bien-être de tous dans le monde. Cet objectif montre que la santé constitue un défi quotidien pour tous les pays. Pour Traoré et Brikci (2016,9), « Dès le milieu des années 1990, le secteur de la santé a commencé à réfléchir à des mécanismes permettant non seulement de sécuriser des fonds à destination du système de santé mais aussi de relancer la demande de services de santé ».

Des maladies infectieuses émergentes apparaissent dans une population où des virus déjà existants se propagent à grande échelle ; c'est le cas de la fièvre Ebola, la fièvre de Lassa, la rougeole, le choléra, le Mpox etc. Des maladies d'origine animale se transmettent à l'homme comme la grippe aviaire, le chikungunya, le Covid-19.

En 2019 la pandémie du coronavirus a mis à rude épreuve les systèmes de santé en montrant leur fragilité. Ces conséquences ont été économiques, financières, sociales, culturelles, environnementales, politiques, scolaires, judiciaires et sanitaires, notamment concernant la santé mentale avec un accent particulier dans les pays africains. Au Mali ces conséquences ont été exacerbées par les défis existants notamment les crises multidimensionnelles qui ont profondément affecté la stabilité et la cohésion sociale du pays, avec des conséquences notables sur les services offrants les soins (Hopitaux, Centre de santé de références, Cscoms etc.).

Face à ces crises sanitaires les États mutualisent leurs efforts à travers les coopérations bilatérale, multilatérale ou les organismes spécialisés des Nations Unies pour y faire face. L'accès des ménages aux soins de santé communautaire au Mali, est un défi pour l'Etat et les collectivités décentralisées. Selon Tizio (2004,107), « l'état de santé, en tant que composante du capital humain, joue manifestement un rôle de premier plan dans la marche vers le développement durable. Toutefois, l'état de santé de la population ne saurait être maintenu durablement sans l'existence de structures adéquates. Ce sont donc

deux dimensions de la santé elle-même qui doivent être prises en considération pour renforcer les liens réciproques entretenus par la croissance économique et le développement humain ».

En 2020 avec le changement de régime au Mali, certains partenaires qui contribuaient au financement de la santé se sont retirés en réclamant un retour à l'ordre constitutionnel (l'Union Européenne, les coopérations : belge, suisse, française, allemande et récemment américaine à travers l'USAID). Pour Ouattara et al, ;(2001, 35), « en mars 1989, s'ouvrait à Bamako le premier centre de santé communautaire ou ''cscom'', créé à l'initiative d'un groupe de notables du quartier périurbain de Bankoni regroupés au sein d'une association de santé communautaire ou asaco ».

Dans le secteur des services comme la santé, où l'expérience client est au centre des préoccupations, le contrôle de la qualité est un vecteur essentiel de différenciation et de fidélisation. Les entreprises qui excellent dans ce domaine utilisent une série de méthodes et adoptent des pratiques éprouvées pour s'assurer que chaque interaction avec le client dépasse ses attentes. Ces techniques incluent des évaluations régulières, des formations continues pour les employés, et l'intégration des retours clients dans l'amélioration des processus. La compétence à maintenir un haut niveau de qualité peut déterminer la réussite ou l'échec dans un marché de plus en plus concurrentiel.

Dans un pays pauvre comme le Mali, fragilisé par les crises multidimensionnelles et qui dépend en partie de l'aide au développement, le retrait de certains partenaires nous amènent à nous poser un certain nombre de questions à savoir :

- Quelle politique à mettre en œuvre pour maintenir la qualité des prestations dans nos CSCOM après le retrait de certains partenaires qui contribuaient au financement de la santé ?

- Quel est l'impact du retrait de ces partenaires sur l'accès aux soins de santé de qualité dans les CSCOM ?

- L'organisation actuelle du système de santé permet - elle de faire face à ce retrait des partenaires techniques et financiers ?

L'objectif de ce papier est de savoir si le retrait des partenaires techniques et financiers a eu un impact négatif sur la qualité des soins au sein des CSComs au Mali.

Pour ce faire l'étude sera répartie en trois partie, la première partie sera accentuée sur la revue de la littérature, suivie de la méthodologie en deuxième partie et enfin les implications socioéconomiques de notre analyse.

Revue de la littérature

L'organisation du système de santé :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS,2024), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le système de santé du Mali est organisé selon une pyramide sanitaire à trois niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Il concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers : les organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations, mutuelles et fondations) et confessionnels, ainsi que les ordres professionnels de la santé. Nous convenons avec Petitfour et al. ; (2025,69), que « des défis majeurs persistent, notamment une « contrainte budgétaire douce », des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé ».

Sur le plan institutionnel, le système de santé comprend trois niveaux : le niveau périphérique, régional et national.

Le niveau périphérique (celui du district sanitaire) est composé deux échelons :

Le premier échelon (la base de la pyramide) est constitué par les centres de santé communautaires. Il est le premier niveau de recours aux soins de santé. En 2022 le Mali comptait **1605** centres de santé communautaires dont **412** médicalisés et **3079** sites d'Agent de santé communautaires (ASC) (SNISS, 2022).

Selon le Décret N° 2022 -0220 /PT-RM DU 04 avril 2022 le CScom est chargé : de fournir des prestations curatives, d'assurer la disponibilité des médicaments en DCI, de développer des activités de prévention et de promotion, de participer à la supervision et au suivi des activités, de contribuer au renforcement de compétences des agents des maternités rurales, des structures privées et confessionnelles de Santé, des tradipraticiens de Santé, des accoucheuses traditionnelles et des agents de Santé communautaires, de collecter, d'analyser et de transmettre les données de l'aire de Santé.

En plus de ce dispositif, il existe un nombre important de structures parapubliques et confessionnelles, des dispensaires, des maternités rurales et des établissements de santé privés.

Sur le plan participation communautaire les CScoms sont gérés par les Associations de santé communautaires (ASACO) dirigée par un conseil d'administration et un comité de surveille. Le conseil d'administration est mis en place par une assemblée générale composée des délégués des villages, quartiers ou fractions. En 2022 le nombre d'ASACO était de **1686**.

Pour appuyer les agents de santé dans la mise œuvre des activités auprès des ménages des relais communautaires ont été choix dans les villages, quartiers et fractions. Ces relais et les ASC forment la

plateforme communautaire. Conformément au décret n° 02 – 314 / P – RM du 04 juin 2002 Fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales des niveaux « Commune » et « Cercle » en matière de santé, le maire signe avec l'ASACO une convention d'assistance mutuelle avec 7 engagements des collectivités et 18 des ASACO.

Le deuxième échelon - ou deuxième niveau de recours aux soins est constitué par les centres de santé de référence au niveau des districts sanitaires (cercles, communes ou zones sanitaires), qui assurent la prise en charge des cas suite à leur orientation par les structures du premier échelon. Le Mali comptait 65 CSRéf en 2022 (SNSS, 2022).

Le niveau régional (niveau intermédiaire) comprend les neuf régions sanitaires du pays, dont le district de Bamako. Pour Traore et Brikci (2016, 12), « il est chargé de l'appui opérationnel (avec suivi et évaluation) à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales. Il regroupe sept établissements publics hospitaliers (EPH) à vocation générale, situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao. À ceux-ci s'ajoute l'hôpital « mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif ».

Le niveau national ou sommet de la pyramide, est la structure qui s'occupe de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire au Mali. Nous convenons avec Traoré et Brikci (2016,9), l'existence de « cinq établissements publics hospitaliers dont trois à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et Hôpital du Mali) et deux à vocation spécialisée (Centre national d'odontologie-stomatologie et Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique), six établissements publics scientifiques et technologiques (Institut national de recherche en santé publique, Centre national de transfusion sanguine, Laboratoire national de la santé, Centre national d'appui à la lutte contre la maladie, Centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant et Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose) ».

Ces différents niveaux mettent en œuvre la politique sectorielle de santé qui contribuent à l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins de santé et le renforcement du plateau technique. Cette politique est concrétisée à travers les Plans de Développement Sanitaire du Cercle (PDSC) et les Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) avec l'implication des collectivités et des communautés. Nous convenons avec Tizio (2004,101), que « les questions sanitaires ne sont pas étrangères à l'objectif de développement durable, affiché depuis maintenant une dizaine d'années par les organisations internationales ».

Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement

L'utilisation des structures de soins de premier niveau repose sur trois grandes catégories de déterminants. Premièrement, les facteurs financiers, tels que le recouvrement des coûts, le paiement

direct des soins, le niveau de revenu des ménages, les prix des prestations, les frais de transport et la couverture maladie. Deuxièmement, les facteurs liés à la qualité des soins, comprenant la qualité des infrastructures, la disponibilité des médicaments, le déroulement des soins, la relation entre soignants et patients, la qualité perçue et le niveau de satisfaction des usagers. Enfin, les déterminants socioculturels jouent également un rôle significatif.

D'autres facteurs, plus contextuels, sont liés à l'environnement (comme l'accessibilité géographique et l'état de santé des patients), aux caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau d'instruction) ainsi qu'aux perceptions culturelles de la maladie et de sa gravité.

Dans une étude menée en 2005 par Salongo sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé, il est montré que cette utilisation constitue un phénomène binaire : un individu consulte ou ne consulte pas. La demande de soins est ainsi mesurée par la probabilité qu'un individu accède aux services de santé en cas de maladie. Par conséquent, deux personnes ayant des caractéristiques socio-économiques différentes n'auront pas les mêmes chances d'accéder aux soins. Tizio (2004,105) estime qu' « au niveau macro, les théories de la croissance endogène mettent en exergue que l'amélioration de l'état de santé et d'éducation génèrent une augmentation diffuse de la productivité dans l'ensemble de l'économie. Les impacts de l'augmentation du stock de capital humain total sont également positifs sur la nature et le volume des exportations ».

Dans cette même perspective, une étude portant sur la population libanaise dépourvue de couverture médicale a mis en évidence que l'accès aux soins se concrétise uniquement lorsqu'il y a utilisation effective des services de santé. Cet accès est alors qualifié d' **«** accès réalisé **»**.

Modèle d'utilisation des services de santé

Le modèle comportemental d'utilisation des services de santé développé par Andersen (2001) constitue le cadre théorique de référence de cette étude. Ce modèle postule que le recours aux services de santé dépend de trois grands facteurs : la prédisposition des individus à utiliser les services (comme les croyances, les valeurs ou les caractéristiques sociodémographiques), les facteurs facilitants ou contraignants (tels que les ressources économiques ou l'accessibilité aux services), ainsi que les besoins de santé perçus ou réels. À l'origine, l'unité d'analyse était la famille.

En 1992, Fournier et Haddad ont adapté ce modèle au contexte des pays en développement en proposant une approche séquentielle structurée en trois étapes étroitement interconnectées par divers mécanismes :

- l'émergence du besoin de santé,
- l'expression de ce besoin et le choix d'un prestataire,

- la concrétisation du recours aux soins, qui se manifeste par des comportements d'utilisation ou de non-utilisation des services.

Le contrôle de qualité

Il est admis que la conformité aux normes et régulations assure que les services respectent les standards requis. Les secteurs réglementés comme la santé nécessitent des contrôles qualité stricts pour garantir la sécurité des prestations. Le contrôle de la qualité est un processus systématique visant à garantir une expérience client irréprochable. De manière objective, les organisations ou structure cherchent continuellement à offrir des services irréprochables afin de fidéliser leur clientèle et de se démarquer de la concurrence. Face à cette exigence croissante, pensez à bien mettre en place des méthodes rigoureuses pour contrôler la qualité des prestations. Plusieurs outils et pratiques se révèlent indispensables pour atteindre cet objectif.

Les audits réguliers, les enquêtes de satisfaction auprès de la population, la formation continue des professionnels de santé (ces techniques permettent de maintenir un haut niveau de service). Les retours de la population sur les conditions de soins sont précieux pour ajuster et améliorer constamment les prestations. L'adoption de ces bonnes pratiques assure non seulement la satisfaction des clients, mais renforce aussi la réputation des structures concernées. Pour l'OMS, la qualité des soins est la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Nous convenons que[14], « Le contrôle de la qualité des prestations de service repose sur plusieurs éléments clés. En premier lieu, l'adoption de **normes ISO 9001** sert de référence pour établir un **Système de Gestion de la Qualité (SGQ)** efficace. Ce cadre normatif permet de structurer les processus et de garantir leur conformité ».

Méthodologie

Cette section a pour objectif de présenter le matériel et la méthodologie utilisés pour évaluer, l'externalité liée au retrait des partenaires techniques et financiers, dans le financement des CScoms.

Elle adopte une approche qualitative. Nous partageons avec Claude (2019) que « le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les

[14]Contrôle de la qualité des prestations de service : méthodes et bonnes pratiques - Nous Entreprenons, consulté le 4 Août 2025.

expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p. 43). Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Son approche compréhensive peut être utilisée dans beaucoup de domaines comme dans les sciences sociales, l'histoire ou les études de marché.

Pour notre étude, l'objectif est de mieux comprendre les raisons du retrait des partenaires techniques et financiers, dans le financement des CScoms. L'approche méthodologique a consisté à faire une recherche documentaire fondée sur l'exploitation de données secondaires. Elle s'inscrit dans une démarche descriptive et analytique visant à comprendre les politiques publiques et les stratégies mises en œuvre pour préserver la qualité des soins dans les CScoms, malgré les contraintes imposées par la crise multidimensionnelle. Pour cela nous avons établis de questionnaires assortis d'une interview administrée auprès d'un échantillon de cinq (5) cadres de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire et également cinq (5) cadres de la Cellule de Planification et de Statistique du département de la santé et du développement social. L'étude qualitative est une méthode qui nous permet d'analyser et de comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond (de qualité !).

Résultats et discussion

Le financement de la santé :

Nous constatons à travers les instances internationales comme l'OMS, que Chaque année, entre 5,7 et 8,4 millions de décès sont imputables à des soins de mauvaise qualité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui représente jusqu'à 15 % du nombre total de décès enregistrés dans ces pays. Pour atténuer cette situation au Mali, le défi majeur auquel le système de santé fait face est l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Pour lever cette barrière, l'État et ses partenaires ont développé des mécanismes de protection des populations contre le risque maladie à travers l'Assurance Maladie Obligatoire, le Régime d'Assistance Médicale, les mutuelles de santé, les systèmes de prépaiement etc.

Le système de santé du Mali est financé par les différents acteurs que sont : les ménages, l'Etat, les partenaires extérieurs, les collectivités territoriales et les institutions de protection sociale.

Les ménages maliens : Les ménages maliens sont de loin le premier financeur du système de santé avec le paiement direct des actes et l'achat des médicaments. En 2023, les dépenses directes des ménages représentaient 63,4 % des dépenses totales de santé Source : (enquête modulaire et permanente auprès des ménages EMOP, 2023).

À travers le budget alloué au Ministère de la santé et de l'hygiène publique, l'Etat fournit une dotation minimum en matériel de soins et de laboratoire.

Les partenaires extérieurs, en coopération bilatérale ou multilatérale, passent des accords de financement suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau administratif ou opérationnel. Les fonds des partenaires sont le plus souvent utilisés en fonction de leurs domaines d'intervention.

La contribution des collectivités territoriales au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation demeure très faible et l'essentiel du financement va dans les dépenses de fonctionnement (salaires et primes).

Du côté des institutions de protection sociale, la mutualisation des ressources pour la santé est assurée par les assurances maladies dont la contribution au financement de la santé est faible aujourd'hui. Les principaux acteurs sont :

- ✓ La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui gère l'assurance maladie obligatoire (AMO). Elle cible 17 % de la population notamment les salariés et les parlementaires et fait partie du dispositif contributif de la protection sociale au Mali. En 2023 le nombre d'assurés était de 1832632 dont 816103 ont été servis soit un taux de 42,12% (Rapport annuel DNPSES, 2023).

- ✓ L'Agence nationale d'assistance maladie (ANAM) qui gère le régime d'assistance médicale pour les indigents. Elle est un dispositif non contributif de la protection sociale et est financé par l'Etat 85% et les collectivité 15%. Elle cible 5% de la population constituée de personnes indigentes et leurs familles, les pensionnaires des maisons d'arrêt et les orphelinats. A la suite de la crise sécuritaire, elle a été élargie aux blessés de guerre et les personnes déplacées. Ce régime a enregistré 215 922 nouveaux immatriculés au cours de 2023 contre 2 269 526 en 2022. Par rapport à la prise en charge médicale de ses cibles, l'ANAM en a réalisé 31 735 sur une prévision de 100 000, ce qui représente un taux de 31,73% (Rapport annuel DNPSES, 2023).

- ✓ Les mutuelles de santé : elles constituent un dispositif contributif de la protection sociale. En décembre 2021, le Mali comptait 220 mutuelles agrées dont 206 qui font des prestations de santé parmi lesquelles 92 ont bénéficié de la subvention de cofinancement de l'Etat (c'est dire l'Etat rembourse aux mutuelles 50% des frais des prestations).

En plus des institutions de sécurité sociale notons :

- ✓ L'Assurance volontaire de l'INPS AV+ est né de la volonté de l'INPS et la Société Africaine d'Etudes et de Réalisations (SAER-EMPLOI) de conjuguer leurs efforts pour augmenter le nombre

d'adhérents au régime de l'Assurance Volontaire dans le cadre d'un partenariat qui s'est matérialisé par une Convention de délégation de gestion signée le 10 Avril 2017.

- ✓ Les assurances privées : qui ciblent très souvent les banquiers, le personnel des mines etc.

Analyse et interprétation des résultats

Tableau n°1 : Quelques indicateurs de santé de 2018 et 2023

N°	**Indicateurs**	**2018**	**2022**
1.	Nombre de CSCOM	1368	1 605
2.	Nombre de centre de santé de référence	62	62
3.	Nombre d'hôpitaux	13	14
4.	Accessibilité dans un rayon de 5 Km	57 %	58,6%
5.	Accessibilité dans un rayon de 15 km	86 %	88,9%
6.	Taux de couverture vaccinale PENTA3	95,19 %	96,5%
7.	Taux de couverture vaccinale VAR	91,9%	99,3%
8.	Taux de Consultation Prénatale effective	21,88 %	29,4%
9.	Taux de Prévalence contraceptive	20,87 %	19,7
10.	Nouveau contact / habitant / an (CC)	0,43	0,47
11.	Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié (objectif national (58%))	65,77 %	59%

Source SNISS (2018, 2022)

Nous constatons que de 2018 à 2022 le retrait de certains partenaires de la santé n'a pas beaucoup impacté les indicateurs. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les partenaires stratégiques de la santé comme l'UNICEF, le PAM, l'OMS, le PNUD continuent à financer la santé au Mali. Ces partenaires interviennent dans les domaines sensibles comme la vaccination, la santé maternelle et néonatale, la lutte contre la malnutrition.

Les conséquences des retraits que nous avons recensées sont :

- l'arrêt des gratuités des soins surtout dans les zones de conflits ;
- le chômage du personnel employé dans les ONG ;
- l'arrêt de certaines mutuelles de santé ;
- le faible financement des plans opérationnels des structures du secteur de la santé du Développement Social et de la Promotion de la femme et de l'enfant.

Tableau n°2 : couverture de la population par les régimes de protection

N°	**Indicateurs**	**2019**	**2022**
12.	Population totale	19 972 000	22 293 000
13.	Population couverte par la sécurité sociale	3 336 362	4 881 054
14.	Pourcentage de population couverte	16.71%	21.90%

Source : Rapport de performance annuel de la Direction nationale de la protection sociale et de l'économie Solidaire (2019 et 2022)

De 2019 à 2022 notons une augmentation du taux de couverture des populations par les régimes de sécurités sociale. Cette performance s'explique par le programme d'enrôlement massif des indigents lancé par le ministère de santé et du Développement Social en 2022.

Tableau n°3 : les bénéficiaires de l'AMO

N°	Indicateurs	2021	2023	2024
15.	Nombre de personne affiliées	1 576 510	1832632	1921833
16.	Nombre de personne prises en charge	839 565	816103	809508
17.	Pourcentage		44,53	42.12%

Source : RPA- DNPESS (2021,2023, 2024)

Tableau n°4 Bénéficiaire du RAMED

N°	Indicateurs	2021	2023
18.	Nombre de personne enrôlées	937 283	215 922
19.	Nombre de personne prises en charge (objectif 100 000 bénéficiaires/an)	35 780	31 735
20.	Pourcentage	35,78%	31,73%

Source : RPA- DNPESS (*2021 et 2023)*

Tableau n°5: le taux de couverture des populations par les mutuelles de santé

N°	Indicateurs	2021	2024
3	Nombre de mutuelles	220	**190**
	Nombre de mutuelles cofinancées	92	**71**

21.	Nombre de bénéficiaire à jour	218 964	153 999
22.	Taux de couverture (nombre de bénéficiaire/ 78% de population totale)	2,77	3.10
23.	Nombre de personne prises en charge	123 689	111 712
24.	Pourcentage bénéficiaire des prestations	56,49	72,54

Source : ***RPA- DNPESS (2021 et 2024)***

Notons une faible couverture des populations par les mutuelles. Elles sont à 3,10 % sur 78 % des populations cibles des mutuelles. Elles sont confrontées à des problèmes comme :

- la faible adhésion des populations aux mutuelles sociales ;
- la faible capacité contributive des populations cibles (monde agricole et secteur informel) ayant pour conséquence la difficulté de mobilisation des cotisations des membres ;
- la persistance de l'insécurité dans le pays qui rend difficile les activités de promotion de la mutualité et de renforcement des capacités des mutualistes ;
- la gratuité des soins dans les régions du nord et dans d'autres localités du pays;
- le faible niveau de communication autour de la mutualité ;
- l'absence de mesures incitatives favorisant l'adhésion aux mutuelles (conditionnalités pour bénéficier de certains services de l'Etat comme l'acquisition de subventions d'intrants agricoles, inscription à l'université, etc.).

Quelques indicateurs de santé au niveau des CSCOM du CSREF de Bougouni

INDICATEURS	**ANNEE 2023**	**ANNEE 2024**
Taux Consultation Prénatale (CPN) 4ème visite	17,18	15,35

Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	36,75	32,52
Proportion de nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 g ayant bénéficié des soins mère-kangourou	2,20	2,10
Proportion de petits poids de naissance (inférieur à 2500 g)	3,76	3,12
Proportion de consultation post natale du nouveau-né 3 à 7 jours (Proportion de nouveaux nés vus en CPON)	74,30	70,10
Pourcentage de nouveau-nés réanimés à la naissance	2,65	3,05
Proportion des enfants d'un an vacciné contre la rougeole	85,91	93,97
Proportion de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique	17,18	15,35
Taux de césarienne	2,32	2,87
Proportion de décès maternel après césarienne	0,24	0,50
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent	32,54	34,02
Taux de prévalence contraceptive	22,31	18,10
Pourcentage d'établissements SONUC disposant d'une mini banque de sang fonctionnelle	100	100
Taux de réalisation des audits de décès maternels	85,71	51,85

Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en Penta-3	97,92	100,20
Proportion d'établissements de santé disposant de points d'eau potable (Forages, SOMAGEP)	86,96	91,30
Proportion de ménages disposant de latrines améliorées	57,40	73,20
Taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km	39,28	38,85
Pourcentage de Village couvert par des ASC	40	56
Taux moyen de disponibilité des produits SRMNEA-N	100,00	27,40
Ratio professionnel de Santé pour 10000 hbts	3,40	7,58
Proportion de CScom disposant d'au moins une sagefemme ou une infirmière obstétricienne	84,44	73,33
Pourcentage de CSCOM médicalisé	17,78	20,00

Source ***: Bilan cercle Bougouni (2023 et 2024)***

À ce niveau nous avons repartie ces indicateurs en fonction de cinq (5) catégories :

- **Santé maternelle et néonatale**

Nous avons remarqué que le taux de CPN 4e visite a baissé de 17,18 % à 15,35 %, indiquant une diminution de l'adhésion aux suivis complets de grossesse. Cela peut refléter des barrières d'accès ou une baisse de confiance dans le système. Quant au taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est en recul de 36,75 % à 32,52 %, ce qui est préoccupant car cela peut conduire à une augmentation des complications obstétricales non prises en charge.

Par rapport à la Proportion de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique, c'est la même tendance à la baisse (de 17,18 à 15,35 %), exposant davantage les femmes à des risques d'anémie. Le taux de césarienne connait une légère augmentation (2,32 % → 2,87 %) peut être vue comme une meilleure capacité de prise en charge, mais reste très en dessous du seuil recommandé par l'OMS (5 à 15 %). La proportion de décès maternels après césarienne et doublement du taux (0,24 % → 0,50 %), indique potentiellement des complications post-opératoires mal gérées ou des ressources insuffisantes.

- **Soins néonatals**

À ce niveau la proportion de CPON (consultation postnatale du nouveau-né) à connue une baisse notable de 74,30 % à 70,10 %, signalant un recul de la surveillance postnatale. Le soins mère-kangourou pour nouveau-nés de faible poids est en stagnation autour de 2 %, ce qui peut indiquer un manque de généralisation de cette approche pourtant efficace. Le taux de réanimation néonatale à la naissance à connu une légère augmentation (2,65 % → 3,05 %), à interpréter prudemment (peut refléter une meilleure détection ou une augmentation des complications à la naissance) assortie d'une proportion de petits poids de naissance (<2500g) en baisse de 3,76 % à 3,12 %, ce qui est un signal positif sur l'état nutritionnel ou la santé des mères.

- **Vaccination et prévention**

La vaccination rougeole chez les enfants d'un an a connu une amélioration significative (85,91 % → 93,97 %), signe d'un bon fonctionnement du programme EPI avec une couverture vaccinale Penta-3 qui passe de 97,92 % à plus de 100 % (100,20 %), ce qui peut indiquer une sur couverture ou une erreur de déclaration, à interpréter avec prudence. Toutefois la couverture en TPI (prévention palustre chez la femme enceinte) progresse de façon modeste (32,54 % → 34,02 %), mais encore loin des objectifs nationaux avec une prévalence contraceptive en forte baisse de 22,31 % à 18,10 %, un signal inquiétant en matière de santé reproductive.

- **Infrastructures et systèmes de soutien**

Il y'a une amélioration des points d'eau potable dans les CScoms (86,96 % → 91,30 %), contribuant à un meilleur environnement sanitaire et une amélioration également des ménages avec latrines améliorées avec une forte hausse (57,40 % → 73,20 %), très positif pour la prévention des maladies hydriques. Nous avons remarqué une baisse des CScoms disposant d'au moins une sage-femme/infirmière obstétricienne marquée (84,44 % → 73,33 %), ce qui impacte directement la qualité des soins maternels.

Il y'a eu une légère progression des CScoms médicalisés allant de 17,78 % à 20 % certes positif mais encore insuffisant avec une chute dramatique de la disponibilité des produits SRMNEA-**N** qui est de 100 % à 27,40 %, ce qui représente un effondrement critique de la chaîne d'approvisionnement, pouvant compromettre les soins de base.

- **Ressources humaines et organisation**

Nette amélioration du ratio professionnel de santé pour 10 000 habitants (3,40 → 7,58), ce qui est encourageant en termes de renforcement des ressources humaines suivi d'une augmentation du taux de couverture des villages par des ASC soit 40 % à 56 %, renforçant l'accès communautaire aux soins. Par ailleurs nous remarquons une légère baisse du taux de couverture géographique en services de santé dans un rayon de 5 km soit (39,28 % → 38,85 %), montre que certaines zones restent difficiles d'accès.

Les mécanismes ou stratégies pour renforcer la résilience des populations

Dans un contexte de crise multidimensionnelle au Mali (sécuritaire, économique, sanitaire et politique), renforcer la résilience des populations dans le domaine de la santé devient un enjeu stratégique. Les Centres de Santé Communautaire (CSComs), maillons essentiels du système de santé primaire, doivent adapter leurs prestations afin de maintenir l'accès aux soins et de protéger les plus vulnérables. Plusieurs mécanismes et stratégies sont mobilisés à différents niveaux pour soutenir cette résilience.

Renforcement de la santé communautaire

L'approche centrée sur les agents de santé communautaires (ASC**)** a démontré son efficacité dans la continuité des services de santé, notamment dans les zones d'insécurité WHO (2021). En rapprochant les soins des populations, ces agents permettent une surveillance sanitaire de proximité, une continuité des soins préventifs (vaccination, CPN, sensibilisation) et une réponse rapide aux urgences sanitaires.

Systèmes d'alerte et de réponse rapide

La mise en place de systèmes de surveillance communautaire et de mécanismes d'alerte précoce (par exemple via la téléphonie mobile ou les réseaux d'ASC) permet de détecter rapidement les ruptures de service, les épidémies ou les incidents sécuritaires qui affectent l'accès aux soins. Cela favorise une réactivité accrue des équipes sanitaires et des autorités locales USAID (2022).

Décentralisation et autonomisation des structures de santé

L'octroi d'une plus grande autonomie de gestion aux CSComs, notamment en matière de gestion des ressources humaines, d'approvisionnement en médicaments essentiels, et de mobilisation communautaire, améliore leur capacité à s'adapter aux crises locales UNICEF (2022). La gestion participative (comités de gestion, ASACO) permet également une meilleure appropriation des réponses sanitaires.

Diversification des canaux de prestation des soins

L'introduction de cliniques mobiles, la télémédecine, et les stratégies avancées de vaccination ou de suivi des grossesses permettent d'atteindre les populations enclavées ou déplacées. Ces dispositifs flexibles ont été particulièrement utiles dans les zones instables ou difficiles d'accès Dembélé, A. et al. (2023).

Approvisionnement résilient et chaînes logistiques alternatives

Pour faire face à l'effondrement ou aux retards de la chaîne d'approvisionnement classique, certaines régions ont mis en place des systèmes de distribution alternatifs (stockages décentralisés, approvisionnement via des ONG, banques communautaires de médicaments). Ces dispositifs assurent la disponibilité continue des produits de santé MSF (2023). Aussi, l'OMS coopère avec les États Membres et ses partenaires afin de garantir que des mesures sont prises dans les pays au sujet de la qualité des services de santé et que des plans opérationnels sont mis en place pour améliorer la qualité des soins à l'échelle nationale et infranationale et au niveau des établissements.

Le Rôle des institutions

L'Etat

Les pouvoirs publics sont un acteur majeur dans la fourniture des soins et le contrôle de sa qualité en tant que régulateur. Le contrôle qualité dans le secteur de la santé n'est pas seulement une question de conformité, c'est une démarche stratégique pour les établissements concernés. Réaliser un contrôle qualité efficace, c'est s'engager dans un processus qui vérifie et certifie que les prestations offertes répondent aux critères de qualité attendus par les bénéficiaires des soins. La surveillance constante de ces critères est essentielle pour garantir **la** satisfaction de la population et le respect des standards internationaux. Pour cela, l'état doit prôner les mesures ci-après :

- accélérer la mise en place des mutuelles de cercle conformément à la stratégie d'accélération de la couverture maladie du monde agricole et du secteur de l'économie informelle ;

- l'introduction des mécanismes de financement innovants comme les taxes sur les billets d'avion, transactions financières, alcool, tabac, grandes entreprises, ressources minières, TVA, téléphonie mobile et gains des jeux de hasard, la Zakat (rapport conférence nationale sur la protection sociale, 2015) ;

- poursuivre le cofinancement des mutuelles de santé ;

- poursuivre les programmes de gratuité notamment : la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans ;

- poursuivre la prise en charge des maladies sociales comme la tuberculose, la lèpre et le VIH ; le contrôle du cancer du col de l'utérus et la césarienne ;

- poursuivre du transfert des ressources de l'Etat aux collectivités pour le financement de la santé en améliorant les mécanismes de décaissement

- démarrer le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

- renforcer la lutte contre la fraude au niveau de l'AMO.

Rôle des collectivités

L'autorisation de créer le centre de santé communautaire est accordée par le maire après avis favorable du médecin chef conformément aux dispositions du décret 05-299 du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires (CSCOM).

À ce titre les collectivités doivent faire :

- le Renforcement du Suivi/ contrôle de la gestion du CSCOM ;

- le financement des travaux de construction ou de réhabilitation des Centres de Santé Communautaire ;

- l'inscription chaque année au budget communal une subvention pour assurer notamment pour le renouvellement des moyens logistiques et du gros matériel médical ;

- la contribution à la prise en charge du salaire de certains agents du centre de santé communautaire dont le nombre est fixé d'accord parties ;

- le financement des activités de formation du personnel définies d'accord parties ;

- le financement des activités du PMA ;

- le financement des activités de lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les épidémies et catastrophes.

Le rôle des communautés

Pour une meilleure qualité de soins, les systèmes de santé doivent tenir compte des populations qu'ils servent et tirer parti de celles-ci.

- l'adhésion à un dispositif de protection particulièrement les mutuelles de santé ;

- le paiement régulier des cotisations ;

- le renforcement des mécanismes de solidarité pour le financement de la santé (les caisses de solidarité pour la prise en charge de la référence-évacuation des femmes en couches et les nouveaux nés.

Pour Sombié et al. ; (2015,557), « Les contributions des communautés sont de plusieurs ordres : le paiement des frais de consultation, l'achat des médicaments, la participation aux travaux (construction de bâtiments, plantation d'arbres, nettoyage du CSPS etc.), la mise en place des bureaux, les diverses cotisations initiées au profit des services de santé ». Nous concédons que plusieurs expériences de participation communautaire aux actions de santé, n'aient pas atteint les résultats escomptés dans certaines nations. Différents motifs peuvent expliquer l'implication des communautés dans le processus décisionnel des services de santé (l'organisation et la conception ont un rôle déterminant). Mais l'existence de la corruption et naturellement ses externalités négatives sur le système de santé sont considérables et très néfastes. La corruption contribue à une augmentation des dépenses de santé des ménages. Les communautés sont obligées pour faire face à certaines dépenses injustifiées avec comme conséquences la mobilisation de plus de ressources, qui pourraient être utiles ailleurs.

Conclusion

Dans un pays pauvre avec un faible revenu des ménages, le retrait des certains partenaires techniques et financiers de la santé peut être inquiétant. Cet article nous a permis d'analyser l'organisation de l'offre et la demande des services de santé au Mali. Nous avons fait le constat que des efforts ont été faits pour l'amélioration de l'accessibilité géographique des soins de santé et le renforcement du plateau technique. En effet, le Mali compte un nombre important de centres de santé communautaires, de plateformes communautaires (relais, agent de santé communautaire « ASC ») qui accompagnent les ménages. Concernant l'organisation de la demande des services de santé des efforts ont également été fait pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité à travers la mise en place des mécanismes de protection sociale contre le risque maladie (l'AMO, le RAMED et la mutuelle de santé). À ce niveau des efforts doivent être faits pour améliorer l'adhésion des populations à ces mécanismes.

En analysant les principaux indicateurs de santé communautaires depuis le retrait de certains partenaires techniques et financiers à la suite des crises institutionnelles nous ne constatons pas de baisse remarquable. La tendance est au maintien avec des légères hausses. Nous sommes arrivés à la conclusion que le retrait des partenaires n'a pas d'incidence sur l'accès des populations aux soins de qualité dans les CSComs. Ce maintien pourrait s'expliquer par la présence des organismes du système des Nations-Unis qui interviennent dans le domaine de la santé comme le programme alimentaire mondial (PAM),

l'OMS, le programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) et le fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF) qui continuent à appuyer le pays. Nous reconnaissons que le nombre d'années d'analyse ne permet pas de tirer une conclusion nette. Il serait préférable de reprendre cette étude cinq ans après le retrait de certains partenaires pour apprécier la résilience du système à moyen termes. Il serait aussi intéressant d'analyser les conséquences de l'insécurité sur l'accès des populations aux soins de santé de qualité. En effet la crise sécuritaire a occasionné le déplacement des populations, la fermeture de certains CSComs, l'arrêt de certains paquets d'activités en stratégie avancées dans certains villages sous occupation.

Le renforcement de la résilience des populations en matière d'accès aux soins de santé de qualité au niveau des CSComs passe par un engagement de l'Etat, les collectivités décentralisées et les ménages.

Bibliographie

BALIQUE.H, O. OUATTARA ; AKORY AG IKNANE (2001), Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Revue : Santé publique*. Volume 13, n° 1, pp 35-48.

Cellule de planification et de statistique (CPS) secteur santé développement social et promotion de la famille. (2018, 2021, 2022, 2023). *Annuaire système national d'information sanitaire et social*.

DEMBÉLÉ, D. BAMBA, F. MOUSSA, D.(2023). Estimation d'un seuil d'alerte de risque d'inondation hydrologique en Commune IV du District de Bamako. *Revue HoPE* N°8 . PP 75-85

DESOUCHES, M.J. (1995) *« Comptabilité et gestion des associations* », 67e édition, Delmas, Paris, 187 p.

Direction Nationale de la Protection et de l'Economie Solidaire (2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024). *Rapport de performance annuel*.

FOURNIER P, H.S. (1997) Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du BRUNET-JAILLY, J. (1998), *Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala - Collection Hommes et Sociétés

INSTAT (Institut National de la Statistique, 2021, 2022, 2023). Rapport préliminaire du cinquième recensement général de la population et de l'habitat RPH5.

INSTAT (Institut National de la Statistique), 2020, 2021, 2022, 2023. Rapport d'analyse d'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (2023). *Mali: Mobile health strategies in conflict-affected areas*. MSF Field Reports.

PETITFOUR, M. AUDIBERT, M. HUANGFU, X. MA, A. MATHONNAT, J. SHENG,H. (2025), Comment stimuler l'efficience des hôpitaux municipaux en Chine : une étude de cas dans le contexte de la réforme pharmaceutique. *Revue d'économie du développement* (2025/1 Vol.33). pp 69-99.

SALONGO, P. M. (2005), *Étude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu-RD Congo*, Mémoire de Maîtrise en Santé Publique/ Économie de la santé. Université de Kinshasa – Faculté de Médecine.

SOMBIE, I. AMENDAH, D. SOUBEIGA, K, A. (2015), Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina-Faso, *Santé publique,* volume 27 / N°4 pp : 557-564.

TIZIO, S (2004), Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable. *Mondes en développement* 2004/3N°127. PP 101-117.

TRAORE, M. BRIKCI, N. (2016), *Le financement de la santé au Mali à travers les sources de financement innovantes.* Rapport final, Oxford Policy Management.

UNION ÉCONOMIQUE ET MONETAIRE OUEST AFRICAINE, (2009). *Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutualité sociale au sein de L'UEMOA*. Le conseil des ministres.

UNICEF Mali & Ministère de la Santé (2022). *Rapport annuel de la santé communautaire au Mali*.

USAID (2022). *Supply Chain Resilience Assessment in the Sahel Region*. Global Health Supply Chain Program.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021). *Community health worker programmes in the African Region: Evidence and Options – Policy Brief*. Genève.