



Rapport d'Inventaire
Mali

Mars 2008

**MINISTERE DE LA SANTE
REPUBLIQUE DU MALI**

**Secretariat General
Cellule de Planification
Et de Statistique**

Un Peuple Un But Une Foi

**ACCROITRE LES EFFORTS ET LES
RESSOURCES POUR LA SANTE**

**Partenariat international pour la santé et initiatives connexes (PIS+)
Harmonisation pour la santé en Afrique (HSA)**

**Réunion interrégionale des équipes du secteur national de la santé
Lusaka**

28 février-1er mars 2008

TABLE DES MATIERES

Titre	Page
1. Introduction	1
2. Mécanismes de coordination et de suivi-évaluation	1
3. Politiques et Stratégies de développement	2
4. Reformes / Plans d'Investissements	4
5. Description Stratégies et circuits nationaux de financement	5
6. Goulots d'étranglement et contraintes administratives	6
7. Identification des besoins de changement/DP	7
8. Besoins en assistance technique (Conventions et autres instruments)	9
9. Chronogramme des evenements cles 2008–2009	9
10. Approche strategique pour aller a l'harmonisation	9
11. Annexes	10

1. Introduction

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.231 km². Le pays est divisé en 8 régions administratives et un district (Bamako). Il comprend, 49 cercles, 703 communes et 59 districts sanitaires. L'espérance de vie à la naissance en 2006 est estimée à 60,5¹ ans. Le secteur de la santé dispose d'un Programme décennal de développement socio sanitaire, avec des tranches quinquennales (PRODESS) cadre commun de référence pour les interventions dans le pays.

Dans le cadre l'harmonisation et l'efficacité de l'aide, le Mali a signé la Déclaration de Paris (DP). Malgré cette volonté politique et cet engagement, la concrétisation des orientations y afférents n'est pas optimale, bien que plusieurs initiatives (Fonds Mondial, GAVI, Initiative Présidentielle de lutte contre le paludisme...) et plusieurs mécanismes de financement (ABS, HACT, entre et autres) aient été adoptés.

Ainsi en 2007, le Département de la santé du Mali et certains de ses Partenaires Techniques et Financiers ont souscrit formellement au principe du Partenariat International pour la santé (IHP) dans la perspective de fédérer toutes les opportunités pour plus d'efficacité dans la mise en œuvre du programme commun (PRODESS).

2. Mécanismes de coordination et de suivi - évaluation

Pour assurer le leadership du Ministère de la santé dans la mise en œuvre du PRODESS, des organes de coordination, et de pilotage ont été mis en place. Ces organes sont structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique, et opérationnel) avec des missions spécifiques et complémentaires impliquant toujours les acteurs précédemment signalés (système des Nations Unies, coopérations bi et multilatérales, ONG, secteur public, secteur privé, société civile). **Il s'agit de:**

ORGANES	MISSIONS	PARTICIPANTS				Rythme réunions statutaires
		G	PTF	S C	Autres	
Le Comité de Suivi (co-présidé par les Ministres de la santé et du développement social)	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les orientations relatives à la mise en œuvre et à l'évaluation du PRODESS • Promouvoir le dialogue entre le Gouvernement et ses partenaires • Evaluer l'état d'avancement du PRODESS et indiquer des solutions aux problèmes rencontrés • Approuver les rapports d'activités et les programmes opérationnels annuels soumis par le comité technique. 	X	X	X	X	1/an
Le Comité Technique (co-présidé par les secrétaires généraux des ministères de la santé et du développement social)	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les sessions du comité de suivi • Examiner l'état d'avancement technique et financier du programme et donner des directives pour l'élaboration des programmes opérationnels annuels. • Examiner toutes questions relatives aux programmes spécifiques. 	X	X	X	X	2/an
Le Comité de Pilotage (co-présidé par les secrétaires généraux des ministères de la santé et du développement social)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations du comité de suivi et du comité technique 	X	X	X	X	Tous les 2 mois
Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (présidé par les Gouverneurs des régions)	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner et valider les plans et programmes de développement sanitaire et social des districts sanitaires de la région. • Valider les rapports techniques et financiers des districts sanitaires et des EPH dans les régions • Faire un rapport au comité technique 	X	X	X	X	2/an

¹ Selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGHP/DNSI) de 1998.

ORGANES	MISSIONS	PARTICIPANTS				Rythme réunions statutaires
Le Conseil de Gestion (présidé par le président du conseil de cercle)	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter le plan de développement sanitaire et social des districts sanitaires • Examiner et adopter les programmes opérationnels des districts sanitaires. • Assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes opérationnels • Faire le point sur l'état d'exécution des conventions d'assistances mutuelles (Collectivités territoriales, ASACO²) 	X	X	X	X	2/an
Les Journées d'Evaluation et de Programmation des Structures Centrales (présidé par le secrétaire général du ministère de la santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Valider les rapports techniques et financiers des structures centrales du ministère de la santé • Examiner toutes les grandes questions relatives à la mise en oeuvre du programme • Faire un rapport au comité technique 	X	X	X	X	1/an
La Mission Conjointe de Suivi :(coordonnée par le directeur de la CPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi de la mise en oeuvre du programme sur le terrain • Faire rapport au comité technique 	X	X	X	X	1/an
COORDINATION VIH/SIDA						
Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA - HCNLS- (présidé par le Président de la République)	<ul style="list-style-type: none"> • Définir la politique nationale en matière de lutte contre le SIDA • Fixer les orientations relatives au développement des stratégies nationales et des programmes y afférents • Faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources et l'adhésion des populations • Suivre les programmes d'interventions sectoriels 	X	X	X	X (dont privé)	2/an
Comités sectoriels de coordination de lutte contre le SIDA (sous la responsabilité des différents ministres)	<ul style="list-style-type: none"> • Charger de l'élaboration et la mise en oeuvre, suivi évaluation des plans sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA • Faire rapport au HCNLS 	X	X	X	X	4/an
Comité régional, de cercle, de commune, de village de lutte contre le SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la lutte contre le SIDA dans les plans de développement, • Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources • Assurer le suivi des programmes d'intervention • Faire rapport au HCNLS 	X	X	X	X	-

G = Gouvernement ; PTF ; Partenaires Technique Financiers ; SC = Société Civile

La planification et le suivi de la mise en oeuvre du programme sont effectués à travers des outils informatiques mis à la disposition des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le cadre de la coordination et des orientations des évaluations à mi-parcours et finales sont réalisées. Par ailleurs, des audits internes et externes financiers annuels permettent de corriger les insuffisances constatées et de rectifier certaines stratégies.

3. Politiques et Stratégies de développement

Le Mali a adopté en 1990, une politique sectorielle de santé et de population dont la mise en oeuvre s'effectue à travers des plans décennaux de développement sanitaire. Le PDDSS³ a pour objectif «l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays». Ses objectifs intermédiaires sont : « assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux et de santé de qualité ; réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies prioritaires ; lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ; promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation ; accroître la performance des services de santé et d'action sociale ; garantir un financement équitable et durable des systèmes de santé et d'action sociale ».

² ASACO : Association de Santé Communautaire

³ PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social dont la mise en oeuvre s'effectue par tranche quinquennale dénommée Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)

Pour la mise en oeuvre de cette politique un certain nombre d'outils sont utilisés pour développer la planification budgétaire pluriannuelle (CBMT, CDMT⁴).

En ce qui concerne la collaboration interministérielle et le partenariat, le Mali a mis en place : la commission mixte gouvernement partenaire technique et financier, la revue annuelle CSLP, la gestion des finances publiques, le comité de pilotage du Programme d'Appui au Renforcement de l'Administration et de la Décentralisation (PARAD), le Comité de Suivi de l'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS).

L'ensemble des actions, visent à atteindre à long terme les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 2015).

En 2002, le Gouvernement du Mali a élaboré un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui sert d'outil de référence aux politiques et stratégies de développement en matière de lutte contre la pauvreté.

C'est ainsi que le Département de la santé a élaboré le PRODESS II en vue de l'harmoniser avec ce cadre de réduction de la pauvreté, à travers une analyse de la situation sanitaire et des liens entre la santé et la pauvreté. Cette analyse a permis d'intégrer la contribution du secteur santé au document de Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), dont la 2eme génération dénommée Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCR, 2007-2011) a été validé par le Gouvernement malien en novembre 2006.

Actuellement, un processus est en cours pour harmoniser d'avantage les périodes couvertes par les différents documents de référence. Le PRODESS II devant prendre fin en 2009, il sera prolongé jusqu'en 2011 pour mieux cadrer avec le CSCR. Les outils y afférent tel que le CDMT seront révisés en conséquence. Ce processus devra être finalisé à la fin du premier trimestre 2008.

Une feuille de route pour convenir avec les partenaires des actions clés et responsabilités des parties est en cours d'élaboration en vue d'être partagée au cours de la prochaine réunion du comité de suivi du PRODESS.

Quelques Resultats Obtenus:

D'une manière générale, beaucoup de progrès ont été réalisés en vue de l'appropriation par le gouvernement des politiques et stratégies de santé grâce au dispositif mis en place..

Le PRODESS est devenu la référence commune dans le cadre de la coordination et du rapprochement des visions de l'ensemble des acteurs pour un développement sanitaire harmonieux et durable. Ce rapprochement est renforcé par des initiatives comme la Déclaration de Paris (DP), qui est soutenue par différents protocoles et arrangements spécifiques signés dans le cadre de l'alignement et de l'harmonisation de l'aide publique au développement avec certains partenaires.

Le Renforcement des capacités des acteurs en matière de planification du secteur Santé a été réalisé à travers des outils développés et révisés périodiquement. Le cycle de planification a été harmonisé avec celui du budget de l'Etat (loi des finances).

Dans le cadre de la gestion financière les capacités de mobilisation des ressources, de décaissement et la qualité des rapports financiers ont été améliorés.

Sur le plan d'évolution du volume des financements, les investissements dans le secteur ont bénéficié progressivement d'une allocation publique substantielle.

On observe une amélioration des indicateurs retenus dans le cadre commun de suivi du PRODESS, bien que des insuffisances demeurent sur les indicateurs relatifs à la planification familiale (voir annexe n°).

La prévisibilité du financement extérieur s'est légèrement améliorée, avec l'ABS/ABG.

Il existe une volonté des PTF d'harmoniser les procédures, un secrétariat à l'harmonisation de l'aide a été créé, présidé par le Ministère des Finances, composé des représentants de l'Etat, des PTF et de la Société Civile. Le Pool technique pour l'harmonisation des interventions des PTF a été également créé.

⁴ CDMT Document de Cadrage Budgétaire quinquennal élaboré par le ministère de la santé en 2003 en cours de révision.

4. Reformes / Plans d'Investissements Relatifs au Secteur de la Sante

Un Plan d'Action Gouvernemental pour l'Amélioration, la Modernisation de la Gestion des Finances Publiques (PAGAMGFP) a été adopté en 2005 comme instrument pour l'harmonisation des procédures d'exécution, de suivi et d'évaluation des financements. Pour sa part, le département de la santé a élaboré un cadre cohérent d'intervention des différents partenaires (CDMT) en vue de la prise en charge de l'ensemble des composantes du PRODESS.

4.1 Répartition des coûts prévisionnels par source de financement:

Sur la base des financements actuels, les hypothèses de projections des contributions sont ci-dessus rappelées :

- Budget de l'Etat: CBMT 2007-2011;
- Recouvrement: accroissement de 5% par ans;
- Communautés: accroissement de 5% par an; et,
- Collectivités : accroissement de 5% par an.

Le tableau en annexe II montre que les ressources potentielles disponibles ne pourront couvrir que 77 % des coûts prévisionnels du CDMT en moyenne sur l'horizon 2011, les besoins de financement à rechercher représentant en moyenne 23 %, soit en valeur absolue 161, 464 milliards de Francs CFA.

Le financement intérieur est composé des ressources internes de l'Etat y compris le BSI intérieur, de celles des communautés et des Collectivités Territoriales. Le financement extérieur concerne les appuis budgétaires sectoriels et globaux, le BSI extérieur et les autres financements d'origine extérieure hors BSI et hors ABS (Nations Unies, bilatéraux, multilatéraux, internationaux, ONG, jumelage coopération, etc.)

4.2 Les prévisions de contributions des communautés:

Il s'agit ici des fonds générés par les communautés à titre de contribution pour la réalisation des investissements (cotisations, quote-part etc.). Ce montant est estimé à partir d'un taux de progressions de 5% par an à partir de la prévision 2007 comme année de base.

4.3 Le recouvrement des coûts:

Il s'agit des fonds générés dans les structures de santé à travers le recouvrement direct des coûts des prestations de services (consultations, soins, etc.) et les cotisations des membres ASACO. Le taux de progression de 5% sur base de 2007 est également appliqué.

4.4 Les prévisions de contributions des collectivités décentralisées ;

Dans le cadre de la décentralisation, il est prévu une contribution des Collectivités Territoriales au financement des services et actions de santé. Cette contribution représente la quote-part effective des collectivités (communes, cercles et régions) pour la période.

En l'absence de projections, un taux d'accroissement de 5% est retenu par prudence. Cette contribution pourra être plus importante que prévue lorsque le transfert des compétences et des ressources sera effectif.

4.5 Les prévisions de financements extérieurs y compris les appuis budgétaires sectoriels et globaux.

Les financements extérieurs comprennent toutes les aides extérieures (qu'elles soient des dons ou des prêts, bilatéraux, multilatéraux et internationaux.).

Concernant les prévisions de financement selon les conventions en cours, notons que beaucoup de conventions arrivent à terme en 2009 ; c'est ce qui explique la chute du niveau des financements attendus au titre des partenaires techniques et financiers. Cette baisse en 2009 trouve sa source dans le fait que l'horizon du PRODESS s'arrêtait en 2009 et que, certaines conventions étaient signées sur cette base.

La hausse du BSI en 2009 s'explique par le fait que les constructions au titre de certaines conventions connaissent un niveau d'exécution nécessitant la mobilisation de fonds conséquents tels le Projet Santé IV de Sikasso sur financement BAD, le projet AFD/CTB à Mopti et celui de la BID pour Mopti et Tombouctou (cf annexe).

5. Description Stratégies et circuits nationaux de financement

Les stratégies de financements sont multiples :

- Budget de l'Etat à travers la loi des finances;
- Recouvrement des coûts;
- Contribution des Communautés; et
- Contribution des collectivités.

La mobilisation des financements se fait à travers plusieurs mécanismes, dont entre autres :

- l'approche projet avec cellule d'exécution: il s'agit d'un système de gestion où la mise en œuvre est confiée à une unité ou cellule d'exécution à travers des procédures spécifiques;
- financement suivant procédures propres de certains bailleurs;
- approche programme: mécanisme de financement basé sur des procédures consensuelles mises en place à cet effet et dont la mise en œuvre est confiée aux structures pérennes de l'Etat avec un cadre de suivi/évaluation élargi aux PTF;
- appuis budgétaires sectoriels ou globaux: exécution, suivi et évaluation des financements extérieurs selon les procédures nationales; et,
- Intervention à travers les ONG ou des agences d'exécution: mise à disposition de fonds aux ONG ou agences d'exécution pour réaliser des activités et infrastructures sur le terrain;

Exécution du Plan Opérationnel par Stratégies de financement en 2006

Stratégies de financements	Prévision	Exécution	Taux d'exécution
Budget d'Etat	41 783 786 000	39 731 439 000	95%
ABS	5 158 000 000	5 035 975 940	98%
Recouvrements de coûts	10 031 421 000	11 180 478 000	111%
Contributions Communautés	195 663 000	193 004 000	99%
Contributions Collectivités	488 156 000	388 980 000	80%
Autres	37 768 204 000	20 696 952 994	55%
Total	98 464 230 000	80 215 958 940	81%

L'exécution du financement des autres PTF hors Budget enregistre le plus faible taux d'exécution soit 55% contre 98% pour l'BS et 95% pour le Budget de l'Etat.

Structures nationales de financement (procédures)

La gestion des finances publiques au Mali est régie par les Lois n°060 et 061, portant respectivement loi des finances et fixant les principes de la comptabilité publique. Elle consacre le principe de la séparation des pouvoirs d'ordonnateur et de comptable, assorti d'un contrôle de régularité a priori et de contrôle a posteriori.

Les structures impliquées dans ce processus sont:

- Les ordonnateurs de dépenses;
- Les comptables publics; et,
- Les contrôleurs financiers.

6. Goulots d'étranglement et contraintes administratives du secteur de la sante

Les principales difficultés et contraintes du secteur se résument:

- L'insuffisance dans la maîtrise du programme au niveau des collectivités territoriales. où le transfert des compétences et des ressources de l'état est en cours d'opérationnalisation.
- La très forte verticalité des interventions financées par certains PTF (approche projet etc.).
- L'allocation des ressources pour les différents volets du PRODESS n'est pas suffisamment guidée par des analyses approfondies (étude) d'efficience des dépenses.
- L'insuffisance de la qualité des services notamment dans les domaines : approche communautaire, approche centrée sur le patient, réhabilitation, plateaux techniques, normes équipements, organisation des services et des soins, rationalité des prescriptions, disponibilité des ressources humaines qualifiées, utilisation des résultats des études et recherches, la faible organisation du cadre de référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, etc.)
- L'absence d'un système organisé pour la maintenance des infrastructures, et équipements biomédicaux.
- L'insuffisance dans l'utilisation de certains services (faible capacité technique des associations de santé communautaires à tous les niveaux, barrières culturelles, etc.).
- L'insuffisance dans la gestion et la motivation des ressources humaines qualifiées
- La persistance du marché illicite de vente de médicaments
- La lourdeur des procédures de passation des marchés (le nombre d'intervenants et de phases est assez élevé).
- L'insuffisance dans l'intégration du secteur privé dans le système de santé (conventionnement, formation, supervision, suivi, prévention, contrôle de qualité, système d'information sanitaire, contrat de performance, etc.)
- La faible motivation des membres des ASACO et des relais communautaire liée à leur statut de bénévole
- L'insuffisance dans la mise en oeuvre des stratégies alternatives de financement de la santé notamment les mutuelles de santé
- L'insuffisance des ressources liées aux charges récurrentes des investissements réalisés dans le secteur.
- La faiblesse du financement de la recherche en santé
- L'insuffisance dans l'effectivité des responsabilités et le transfert des ressources, dans le cadre de la mise en oeuvre de la décentralisation dans le domaine de la santé
- L'insuffisance dans l'allocation des ressources sur la base du CDMT.

7. Identification des besoins de changement pour mettre en œuvre la Déclaration de Paris

Partenaires	Situation actuelle				Problèmes	Changements nécessaires
	Appropriation: Coordination Gouvernement	Alignement: stratégies et procédures nationales	Harmonisation: planification, financement et suivi évaluation commun	GAR & SIS: transparence		
Etat	Les organes de gestion du PRODESS permettent l'appropriation des appuis des partenaires	Diversités des procédures des partenaires. Avec l'ABS, le financement du PRODESS est exécuté sur les procédures nationales.	Existence des arrangements spécifiques pour l' ABS et l'ABG •Existence de comité de suivi de l'ABS Santé Développement Social	<ul style="list-style-type: none"> Le PRODESS repose sur la GAR il existe des audits internes et externes sur l'évaluation à mi-parcours du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Diversité des procédures de certains PTF hors ABS et ABG (le financement du PO est en grande partie non exécuté sur les procédures nationales) Les engagements financiers hors ABS ne sont pas pluriannuels 	<p>les PTF doivent inscrire leur coopération financière dans le cadre l'appui budgétaire dont le gouvernement du Mali a mis en œuvre pour exécuter l'aide publique au développement sur les procédures nationales</p> <ul style="list-style-type: none"> Les PTF et le Gouvernement s'accordent sur une programmation triennale des flux financiers Plaidoyer et lobbying auprès des PTF Déconcentration des structures du Ministère des Finances jusqu'au niveau cercle. Revue unique des programmes; Cadre commun de planification et de suivi évaluation avec un paquet d'indicateurs essentiels à suivre en vue d'accélérer l'atteinte des OMD
Société Civile	Les organes de gestion du PRODESS permettent l'appropriation des appuis de la société civile.	Multiplicités des procédures de financement	La programmation de la société civile s'intègre dans le PRODESS et l'évaluation se fait avec l'ensemble des partenaires du PRODESS	La GAR est un outil privilégié dont la promotion est en cours au niveau des ONG et associations.	La non dynamisation du processus de planification à la base	<ul style="list-style-type: none"> Relecture du décret 0115 notamment en révisant sa composition; Renforcement des capacités de planification de la Société Civile.
OMS	Les organes de gestion du PRODESS permettent l'appropriation des appuis de l'OMS	L'OMS a comme mission de renforcer les stratégies nationales ; l'OMS a des procédures propres	La programmation de l'OMS s'intègre dans le PRODESS et l'évaluation se fait avec l'ensemble des partenaires du PRODESS	L'OMS appuie la GAR, le SIS le partage international de l'information	L'appuie de l'OMS, ciblé sur ses missions s'accompagne de procédures propres. Pour les activités urgentes, les procédures de l'OMS sont plus rapides que les procédures publiques	Harmonisation les procédures de l'OMS avec l'ensemble du SNU (HACT), accélérer les procédures publiques, réflexion sur l'ABS.
UNFPA	A l'instar de tous les partenaires, les organes de gestion du PRODESS permettent l'appropriation de la contribution de l'UNFPA	L'UNFPA œuvre en faveur du droit à la santé reproductive et sexuelle et de l'égalité des chances pour chaque femme, homme et enfant dans la dignité et le	Le processus de planification de l'UNFPA, très participatif et le choix de l'exécution nationale permettent une appropriation des contributions de l'UNFPA. A cela s'ajoute l'appropriation à travers	La gestion basée sur les résultats demeure le socle de toute action entreprise par l'UNFP, et constitue une priorité stratégique du Fonds. Il appuie les pays pour disposer	L'insuffisance dans l'allocation des ressources notamment au plus défavorisés.	Faire de l'harmonisation une réalité notamment accélérer l'opérationnalisation du « commun service » tel que déjà décidé

		respect	les organes de gestion du PRODESS	de données fiables, de politique et programme de population visant à réduire la pauvreté.		
Pays Bas	Le gouvernement a instauré des <u>organes de coordination</u> du PRODESS qui fonctionnent assez bien et dans lesquelles le gouvernement, les partenaires et la société civile participent. Cette coordination dans laquelle le Ministère de la Santé prend le leadership est la base de la coopération avec les Pays Bas	<p>80 % des contributions dans le secteur santé / VIH sont alignés au cycle budgétaire national et sont inscrits dans le budget national. La contribution est relativement prévisible à long terme (4 ans) et est fait en 2 tranches fixes par an.</p> <p>20% (1 million euro par an) ne sont pas inscrit dans le budget national et sont destinés à la société civile, (ces institutions s'inscrivent dans les stratégies nationales du PRODESS et/ ou le VIH/SIDA).</p>	<p>La <u>planification</u> commence en mars de l'année N-1 au niveau cercle, régional, hôpital et niveau central, y inclus les contributions ABS annoncées. Les fonds ABS sont non ciblés et sont mis à la disposition de l'exécution du PRODESS, selon les priorités et afin d'atteindre les résultats escomptés.</p> <p><u>Financement :</u> Le trésor public reçoit les fonds et les transferts à la demande selon la planification des structures centrales, régionales, cercles et hôpitaux (inscrit dans la Loi des Finances) Un audit conjoint sera faite à partir de 2008 de toutes les contributions au PRODESS</p> <p><u>Suivi</u> Les données du SLIS et des enquêtes nationales sont utilisées pour le suivi des résultats.</p>	Le suivi de l'ABS exige la fourniture des résultats des indicateurs retenus. Le progrès des taux cibles annuelles est discuté pendant les réunions du comité de suivi de l'ABS.	L'insuffisance de financement de la société civile par l'Etat (1 % du financement).	<p>Intégration du comité de suivi l'ABS dans les organes de coordination. Inclure le ministère des Finances et Ministère de l'Economie du Commerce et de l'Industrie.</p> <p>Amélioration de l'efficience des dépenses/interventions Un mécanisme de suivi (PETS, PER) peut être mis en place.</p> <p>Accélération de la déconcentration et la décentralisation (équipement, infrastructures, personnel, fonds)</p> <p>Renforcement de la collaboration intersectorielle (santé, éducation décentralisation, fonction publique, réforme de l'Etat, etc.)</p>

8. Besoins en assistance technique pour la preparation de la Convention et autres instruments sectoriels

- Préparation convention processus d'harmonisation
- Révision du CDMT sectoriel
- Révision des outils de planification et de suivi du PRODESS
- Développement d'un système d'information (FENASCOM)
- Préparation du prochain plan décennal

9. Chronogramme des evenements cles 2008–2009 (revue sectorielle évaluations majeures, etc.)

- Comité Technique, Comité de Suivi, (2008 -2009),
- Prolongation PRODESS II, Harmonisation avec cycle CSCRP
- Evaluation de la prévalence de la tuberculose (2008),
- Evaluation à mi-parcours du plan stratégique de la FENASCOM (2008),
- Comptes Nationaux de la Santé (CNS 2005 – 2008) (2009),
- Audits externes du PRODESS II 2006 – 2007 (2008)

10. Approche strategique pour aller a l'harmonisation

Pour aller à l'harmonisation il faut :

- identifier les partenaires qui interviennent dans le programme;
- plaider pour l'adhésion au processus d'harmonisation en relation avec le chef de file des PTF;
- Renforcer et privilégier l'ABS et l'ABG pour le financement du PRODESS ;
- élaborer des conventions de financement entre l'Etat et les PTF hors Appui budgétaire, avec des garanties d'échéanciers pluriannuels (au moins 3 ans à partir de 2008) et régie par des procédures d'exécutions communes (procédures nationales)
- assurer le suivi évaluation de la mise en oeuvre des conventions signées à travers les organes appropriés.

Annexe 1

Evolution de quelques indicateurs clés (sources de données : SLIS)

	2004 (référence)		2005		2006		2007	Source
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	
INDICATEURS SECTEUR SANTE								
1. Taux d'exécution du budget récurrent du secteur de la santé	≥ 95%	98,68%	≥ 95%	-	≥ 95%	96,93 %	≥ 95%	Rapport financier
2. Pourcentage de population vivant dans un rayon de 5 Kms d'un centre de santé communautaire fonctionnel	47%	48%	49%	50%	50%	51%	51%	PRODESS MS SNIS *
3. Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an	80%	90%	90%	91%	90%	92%	90%	PRODESS MS SNIS
4. Taux de couverture CPN	57%	75%	76% (64%)	75%	77% (68%)	75%	78% (72%)	PRODESS MS SNIS *
5. Taux d'accouchements assistés y compris par les Accoucheuses Traditionnelles Recyclées	43%	49%	51%	53%	53%	55%	55% (53%)	PRODESS MS SNIS *
6. Nombre de Couples Année protection			NA	3.16%	NA	3.76%	96 050 (6%)	PRODESS MS SNIS *
7. Pourcentage de la population couverte par des mutuelles de santé		0,8%	1,2%		1,6%	1,5%	1,9%	SISO
8. Pourcentage d'ASACO fonctionnelles		63%	68,4%		72,7%	83%	76,2%	SISO
9. Taux de mortalité maternelle	582/100000en 2001					464 /100000		EDSM
10. %d'enfants souffrant de retard de croissance	38% en 2001					32%		EDSM
11. Taux de mortalité infanto juvénile	229/1000 en 2001					191 /1000		EDSM
12. Prévalence du VIH/SIDA	1,7% en 2001					1,3%		EDSM

Annexe 2

Financement pour la période 2007 – 2011 (en milliers de FCFA)

Sources de financement	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Budget d'Etat (Financement intérieur) et ABG/BM	46 480 827	52 772 647	54 227 880	57 793 429	63 312 165	274 586 948
BSI Extérieur	9 004 558	10 603 000	15 166 632	5 700 000	600 000	41 074 190
Appuis Budgétaires sectoriels (Pays Bas, Suède et Canada)	5 353 787	4 292 500	4 292 500			13 938 787
Recouvrement des coûts	13 523 729	15 320 156	14 910 000	15 655 500	16 438 275	75 847 660
Communautés	592 863	536 949	653 631	686 313	720 628	3 190 384
Collectivités décentralisées	1 326 621	1 136 983	1 462 600	1 535 730	1 612 517	7 074 451
Autres financements extérieurs	15 403 834	11 418 819	18 161 636	32 410 959	46 936 152	124 331 400
TOTAL FINANCEMENT DISPONIBLES	91 686 219	96 081 054	108 874 879	113 781 931	129 619 737	540 043 820
COÛT GLOBAL 2007-2009	94 850 054	100 493 004	131 942 513	171 323 445	202 899 548	701 508 564
BESOINS DE FINANCEMENTS	3 163 835	4 411 950	23 067 634	57 541 514	73 279 811	161 464 744
Taux de couverture du coût global (total disponible/besoins de financement X 100)	96,66	95,61	82,52	66,41	63,88	76,98
Part de l'ABS/ financement total	6%	4%	4%	0%	0%	3%
Part du budget d'Etat/ financement total	51%	55%	50%	51%	49%	51%
Part du BSI/ financement total	9%	11%	11%	3%	0%	6%

Annexe 3

Projections des financements extérieurs 2007-2009 (en milliers de fcfa)

Sources financement	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Appuis budgétaires sectoriel ou global						
Pays bas	2 210 000	2 210 000	2 210 000			6 630 000
Suède	2 082 500	2 082 500	2 082 500			6 247 500
Canada	1061287					1 061 287
Total Appui budgétaire	5 353 787	4 292 500	4 292 500	0	0	13 938 787
BSI extérieur						0
PASEI (ACDI)	204 000					204 000
USAID (protocole n°688-006-00)	515 000	660 000	600 000	600 000	600 000	1 775 000
OMS	876 690		1 060 795			1 937 485
FAD Santé IV	2 664 000	2 226 000	2 226 000			7 116 000
France /Belgique	500 000	500 000	2 033 337	2 500 000		3 033 337
C A N A D A (appui financier)	1 585 920	2 094 000	924 000			4 603 920
BID II	935 390	1 003 000	1 622 500			3 560 890
UNFPA		239 000	600 000			839 000
UNICEF		1 281 000	3 500 000			4 781 000
Fonds Mondial (PNLP)		2 600 000	2 600 000	2 600 000		5 200 000
Total BSI extérieur	7 281 000	10 603 000	15 166 632	5 700 000	600 000	33 050 632
Autres financements extérieurs hors BSI et hors ABS/ABG						0
PAM	382 313	300 000	300 000	300 000	300 000	982 313
Fonds Mondial (PNLT)	2 649 500	2 962 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	8 611 500
UNICEF	2 046 703					2 046 703
UNFPA	564 197					564 197
AUTRES PARTENAIRES EXTERIEURS (partenaires locaux, autres non spécifiés)	5 642 713	3 262 000	3 300 000	3 300 000	3 300 000	12 204 713
Total hors ABS/ABG et hors BSI	18 277 500	18 157 500	22 759 132	9 000 000	3 900 000	59 194 132

ANNEXE 4

Cadre Commun des mesures et indicateurs pour l'appui budgétaire

MESURES**	Source	Qui utilise ?
1. Existence d'un cadre macroéconomique soutenable apprécié notamment sur la base d'une conclusion positive d'une des revues annuelles du FMI pour l'année N-1	Rapport de la Revue Annuelle du FMI	ABS ; ABG/CE
2. Conclusion positive de la revue du CSLP pour l'année N-1	Rapport de la Revue Annuelle du CSLP	ABS ; ABG/CE
3. Conclusion positive de la revue du Plan d'Action pour l'Amélioration/Modernisation de la Gestion des Finances Publiques (PAGAMGFP) pour l'année N-1	Rapport de la Revue Annuelle du PAGAMGFP	ABS. ABG/CE
4. Budget de l'année N+1 conforme aux CDMT des ministères de la santé et du développement social et démontrant l'additionnalité des appuis budgétaires sectoriels	CDMT et Projet de Loi des Finances	ABG/BM ; ABS
5. Répartition intra sectorielle du budget de l'année N+1 conforme au CDMT (structures centrales, régionales)	Projet de Loi de Finances	ABS
6. Existence d'un Plan Opérationnel N+1 (santé et développement social) validé pour la mise en œuvre du PRODESS II	Plan Opérationnel Validé	ABS
7. Existence d'un audit favorable du PRODESS II pour l'année N-1 et mise en œuvre des recommandations découlant de l'audit de l'année N-2	Audit	ABS
8. Existence d'un plan d'action (avec calendrier) pour mettre en œuvre les recommandations des audits annuels	Plan d'action	Comité de Suivi
9. Utilisation des fonds PPTTE pour engager du personnel en milieu rural uniquement	Rapport financier	Comité de Suivi
10. Existence d'un système de suivi des ressources humaines	CDRH	Comité de Suivi
11. Existence d'une politique des ressources humaines validée par le Gouvernement du Mali	PDRHS	Comité de Suivi
12. Existence d'une ligne budgétaire par Districts dans la Loi de Finances	Project de Loi des Finances	ABG/BM 2009
13. Implication du secteur privé pour la mise en œuvre du PRODESS à Bamako au moyen de la contractualisation	DRS Bamako	Comité de Suivi
14. Rapports annuels techniques et financiers de la mise en œuvre du PRODESS II disponibles y compris les indicateurs renseignés du cadre logique pour l'année N-1	Rapport Technique et Financier	ABS
15. Taux de réalisation des recettes budgétaires	Rapport financier	ABG/CE

INDICATEURS								Tiré de	Qui utilise ?
Indicateurs de performance relatifs à la santé	2004 (référence)		2005 Prévu	2006 Prévu	2007 Prévu	2008 Prévu	2009 Prévu		
	Prévu	Réalisé							
1. Taux d'exécution du budget récurrent du secteur de la santé	≥95%	≥ 98.68%	≥95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Rapport Financier	ABS ; ABG/CE
2. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux collectivités territoriales dans l'exécution du budget N-1 ****								Rapport Financier	ABS
3. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1	≥ 25%	≥ 26%	≥ 27%	≥ 30%	≥ 30%	≥ 35%	≥ 35%	Rapport Financier	ABG/BM ; ABS
4. Taux d'exécution du budget ordinaire alloué à l'achat de médicaments et de vaccins			≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	PRODESS # 3.5	ABG CE
5. Pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5kms d'un centre de santé communautaire fonctionnel *	47%	48%	48%	50%	52%	54%	56%	PRODESS # 1.1 MS/SNIS	ABS ; ABG/CE
6. Taux de couverture des besoins des CSCOMs en personnel par catégorie, par région***								MS/SNIS PRODESS # 2.4	ABS
7. Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an	80%	90%	88%	90%	91%	92%	94%	PRODESS # 4.3 MS/SNIS	ABS ; ABG/CE
8. Taux de couverture effective en CPN *	57%	75%	64%	68%	72%	76%	80%	PRODESS # 4.5	ABS ; ABG/CE

9. Nombre moyen de consultations prénatales par femme enceinte			2.20	2.49	2.60	2.80	3.00	MS/SNIS PRODESS # 4.7 CSCR	ABG CE
10. Taux d'accouchements assistés	43%	49%	47%	50%	53%	56%	60%	PRODESS # 4.2 MS/SNIS	ABG/BM ; ABG/CE, ABS
11. Nombre de Couples Année Protection *			96050 (6%)	112058 (7%)	128066 (8%)	144075 (9%)	160083 (10%)	PRODESS # 4.15 MS/SNIS	ABG/BM ; ABS
12. Part du budget de la santé dans les charges récurrentes du budget d'Etat			11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%	Loi des Finances PRODESS # 7.2	ABG/BM ; ABS ; ABG/CE
13. Coût moyen des ordonnances dans les CSCOM et CSREF			≤ 2000 Fcfa	≤ 2000 Fcfa	≤ 2000 Fcfa	≤ 2000 Fcfa	≤ 2000 Fcfa	PRODESS # 5.4	Comité de Suivi
14. Pourcentage des besoins obstétricaux non couverts			46%	40%	35%	30%	25%	PRODESS # 4.17	Comité de Suivi
15. Pourcentage des CSREF avec supervisions intégrées									Comité de Suivi
16. Proportion de districts sanitaires/ zone de pauvreté ayant un système de référence soutenu par 1 caisse de solidarité			69%	89%	95%	99%	100%	PRODESS # 5.1	Comité de Suivi
17. Nombre de contrats de performance signés avec les hôpitaux.	0		0	0	11	11	11	ANEH	ABG/BM
18. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		229 (2001)		191/1000			211/1000	PRODESS # 3	CSCR
19. Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (poids/âge)		33% (2001)		32%			28%	PRODESS # 1	CSCR
20. Taux de mortalité maternelle		582 (2001)					574	PRODESS # 2	CSCR
21. Taux de prévalence VIH/SIDA chez les femmes enceintes 15-24 ans		2% (2001) ; femmes 15-49ans		1.5% femmes 15-49ans				PRODESS # 8	CSCR
22. Taux des CSCOM qui ne sont pas en voie de décapitalisation (à faire lors des supervisions pour identifier CSCOM à problèmes : valeur de stock initial-valeur de stock actuel)								SNIS	Comité de Suivi
Indicateurs de performance relatifs au développement social	2004 (référence)		2005 Prévu	2006 Prévu	2007 Prévu	2008 Prévu	2009 Prévu		
	Prévu	Réalisé							
1. Part du budget récurrent du secteur du développement social dans le budget récurrent de l'Etat				5.97%	6.01%	6.08%	6.10%	Projet de Loi de Finances	ABG/BM ; ABS
2. Taux d'exécution du budget récurrent du secteur du développement social		99.5%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Rapport Financier	ABS
3. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux collectivités territoriales dans l'exécution du budget N-1****								Rapport Financier	ABS
4. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1	≥ 22%	≥ 24%	≥ 27%	≥ 30%	≥ 30%	≥ 35%	≥ 35%	Rapport Financier	ABG/BM ; ABS
5. Pourcentage de satisfaction en besoin d'appareillage		20%	25%	32%	45%	53%	60%	SISO	ABS
6. % de la population couverte par des mutuelles de santé		0.8%	1.2%	1.6%	1.9%	2.1%	3%	SISO	ABG/BM ; ABS
7. Pourcentage d'ASACO fonctionnelles		63%	68.4%	72.7%	76.2%	78.9%	90%	SISO	ABS

8. % de prise en charge médicale des personnes démunies		10%	15%	25%	35%	45%	50%		ABS
---	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--	-----

* Il faut signaler que les projections concernant les indicateurs du secteur de la santé ont été faites sur la base des résultats réajustés (DNS) obtenus en 2004 dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS

** Pour les partenaires au développement signataires ne recourant pas à des tranches variables, tous les déclencheurs macro-économiques et sectoriel et les indicateurs de performance serviront pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PRODESS II. Les partenaires au développement signataires recourant à des tranches variables sélectionneront, parmi ces indicateurs, ceux qu'ils utiliseront pour déterminer les montants décaissables de leurs tranches variables. Cette colonne sera alors renseignée.

*** Cet indicateur sera renseigné à partir de 2006

**** Au stade actuel, il n'est pas possible de renseigner cet indicateur

Pour des renseignements complémentaires sur le IHP+, veuillez contacter:

Robert Fryatt

Senior Advisor
Health Systems and Services

Nicole Klingen

Senior Health Specialist
Human Development Network

Chris Mwikisa

Director
Harmonisation for Health in Africa

Rudolph Knippenberg

Senior Health Advisor

World Health Organization

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: +41 22 791 2743
Mobile: +41 79 202 1837
Fax: +41 22 791 4881

Email: fryattr@who.int
<http://www.who.int>

The World Bank

1818 H Street N.W.
Washington DC 20433
USA

Tel: +1 202 458 7413
Mobile: +1 202 460 0157
Fax: +1 202 614 0148

Email: nklingen@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>

World Health Organization

Regional Office for Africa
PO Box 06 Brazzaville
Congo

Tel: +47 241 39100
Mobile: +41 79 516 3135
Fax: +47 241 395503

Email: mwikisac@who.int
<http://www.afro.who.int>

United Nations Children's Fund

UNICEF House
3 United Nations Plaza 10017
USA

Tel: +1 212 326 7000
Mobile: +1 917 605 1524
Fax: +1 212 887 7465

Email: rknippenberg@unicef.org
<http://www.unicef.org>

Mars 2008