MINISTERE DE LA SANTE
°°°°°°°°°°°°
SECRETARIAT GENERAL
°°°°°°°°°°°°

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI
°°°°°°°°°°°°°°°°

CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME 2009-2011

Cadre de dépenses à moyen terme 2009-2011
dans la perspective des objectifs 2015

Equipe de rédaction :

- **Dr SAMAKE Salif : Directeur CPS secteur santé**
- **Dr SOGODOGO Amadou: CPS secteur santé**
- **Dr DIOP Mamadou : CPS secteur santé**
- **Dr DIARRA Samba : DNS**
- **Mr DOUMBIA Amadou: DAF/MS**
- **Mr KEITA Soumaïla: CADD**
- **Mr SIDIBE Thiécoura: UNICEF**

Version Finale du 27 mars 2009

Table des matières

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION **7**
II – OBJECTIFS DE LA REVISION **8**
1. OBJECTIF GENERAL 8
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES 9
III - ANALYSE DE LA SITUATION **9**
1- COUVERTURE SANITAIRE 9
2. LES INDICATEURS 10
3. RESULTATS ATTEINTS PAR LES PROGRAMMES D'APPUI SPECIFIQUES 13
4. LA REFORME HOSPITALIERE : 15
5. EVOLUTION DU SECTEUR PRIVE SANITAIRE : 15
6. L'IMPACT DES INTERVENTIONS SUR LA MORTALITE MATERNELLE, INFANTILE ET INFANTO-JUVENILE 16
IV. LA METHODOLOGIE DE LA REVISION DU CDMT **17**
1. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS 17
2. ANALYSE DES DIFFERENTS GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET OBJECTIFS PAR SCENARIO 19
3. INTRODUCTION DES NOUVELLES INTERVENTIONS 31
V. ANALYSE DU FINANCEMENT DU PRODESS **32**
VI- LES SCENARIOS D'OPTIONS DE FINANCEMENT DEVELOPPES **36**
VII - ELEMENTS DE COÛTS ADDITIONNELS **38**
VIII – LES COUTS DE BASE **46**
IX- LES PREVISIONS DE FINANCEMENT POUR LA PERIODE 2009-2011 **46**
X - LE COUT TOTAL DES PREVISIONS DE FINANCEMENT DU PRODESS II PROLONGE **49**
XI- LES FINANCEMENTS DISPONIBLES POUR LA PERIODE 2009-2011 **51**
XII – GAP DE FINANCEMENT PAR SCENARIO **54**
XIII- PROCESSUS DE SUIVI-EVALUATION **56**
XIV-HYPOTHESES ET RISQUES **57**
XV - LES CONDITIONS DE REUSSITE **58**
CONCLUSION **60**
BIBLIOGRAPHIE **62**

Sigles et abréviations

ANEH : Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux
CBMT : Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CDMT : Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNOS : Centre Nationale d'Odontostomatologie
CPN : Consultation Prénatale
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSCRP : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP : Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Arténesimine
DCI : Dénomination Commune Internationale
DNS : Direction Nationale de la Santé
DTCP : vaccin Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio
EDS : Enquête Démographique de Santé
EPH : Etablissement Public hospitalier
FPPI : Femme en Post Partum Immédiat
IEC : Information, Education, Communication
IHP : International Partnership for Health (partenariat international pour la santé)
IST : Infection Sexuellement Transmissible
JNE : Journée Nationale d'Evaluation
MARH : Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
MII : Moustiquaire imprégnée d'Insecticide
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
PDRHS : Politique de Développement de Ressources Humaines pour la Santé
PDSC : Plan de Développement Sanitaire des Cercles
PF : Planification Familiale
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PNLP : Programme National de lutte contre le Paludisme
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et social
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention de la transmission mère– enfant
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SLIS : système Local d'Information Sanitaire
TMN : Tétanos Maternel et Néonatale
VAT : vaccin Antitétanique
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Couverture sanitaire de 2003 au 31 décembre 2007
Tableau II: Evolution du nombre de CSCOM par Zone de pauvreté au Mali
Tableau III: Evolution de certains indicateurs de couverture de 2003-2007
Tableau IV : Situation des établissements sanitaires privés, parapublics et confessionnels en 2006
Tableau V: Couverture actuelle et objectifs des interventions du niveau familial et communautaire
Tableau VI: Couverture actuelle et objectifs des interventions orientées vers les populations.
Tableau VII **:** Couverture actuelle et objectifs des interventions offerts au niveau CSCOM (centre fixe).
Tableau VIII: Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des centres de santé de référence (CSREF)
Tableau IX : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 2ème niveau de référence
Tableau X : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 3ème niveau de référence
Tableau XI **:** Coûts additionnels par volet et par scénario
Tableau XII **:** Coûts additionnels par catégorie de dépense et par scénario
Tableau XIII**: C**oûts additionnels par nomenclature budgétaire de l'Etat
Tableau XIV: **C**oûts additionnels par programmes du budget-programme et par scénario
Tableau XV: Coûts réels par volet de la composante santé du PRODESS II prolongé (en milliers de FCFA)
Tableau XVI **:** Coûts réels par catégorie de dépense et par scénario
Tableau XVII: Coûts réels par nature de dépense et par scénario
Tableau XVIII : Coûts réels par programmes du budget-programme par scénario
Tableau XIX **:** Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé, Scénario minimum
Tableau XX **:** Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé, scénario moyen
Tableau XXI : Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé, scénario maximum
Tableau XXII **:** Coût prévisionnel total du PRODESEE II prolongé par niveau et par scénario
Tableau XXIII **:** Coût prévisionnel total du PRODESEE II prolongé par zone de pauvreté et par scénario
Tableau XXIV : Appui budgétaire sectoriel (en milliers de francs CFA)
Tableau XXV **:** Budget spécial d'investissement : financement extérieur (en milliers de francs CFA)
Tableau XXVI : Autres financements extérieurs hors budget d'Etat (en milliers de francs CFA)
Tableau XXVII **:** Total des annonces par acteur pour la période 2009 – 2011 (en milliers de francs CFA)
Tableau XXVIII : Gap de financement pour la période 2009 – 2011 (en milliers de francs CFA)
Tableau XXIX : Gap de financement du PRODESS II prolongé, scenario minimum
Tableau XXX : Gap de financement du PRODESS II prolongé, scenario moyen

Tableau XXXI : Gap de financement du PRODESS II prolongé, scenario maximum
Tableau XXXII **:** Répartition des dépenses sectorielles en % du budget total de l'Etat

Liste des graphiques

Figure 1 : Utilisation du SRO

Figure 2 : Utilisation des services de planification familiale.

Figure 3 : Utilisation des services de consultation curative pour les infections respiratoires de l'enfant

Figure 4 : utilisation des services pour les soins maternels et néonataux dans les CSREF

Figure 5 : Utilisation des services pour les soins maternels et néonataux dans les EPH

Figure 6 : Situation d'exécution financière du PRODESS II, année 2005-2007

Figure 7 : Analyse comparative de l'exécution financière par zone de pauvreté et par an du PRODESS II (2005-2007)

Figure 8 : Analyse comparative de la situation d'exécution des dépenses par volet du PRODESS II, année 2006-2007

Figure 9 : Analyse comparative de la situation par nature de dépenses du PRODESS II, année 2006- 2007 (investissement/fonctionnement)

Figure 10 : Coûts additionnels par nature de dépense pour la période 2009-2011

INTRODUCTION

Le Gouvernement du Mali a exprimé sa volonté de faire de la lutte contre la pauvreté la priorité de tous les projets et programmes de développement .Cette volonté répond d'une part à rendre les actions de développement plus efficaces et d'autre part à définir de nouvelles politiques et de nouveaux instruments. Ceci permet au gouvernement de prendre des mesures appropriées à court et à moyen terme et d'utiliser rationnellement les ressources internes et externes.

L'amélioration de la gestion des dépenses publiques passe par le renforcement du secteur public. A cet effet des réformes budgétaires ont été entreprises pour améliorer la gouvernance et la transparence des finances publiques. L'objectif visé est de passer progressivement d'une logique de gestion axée sur les moyens à celle d'une gestion axée sur les résultats et la performance , tout en restant attentif aux coûts , intrants et produits ; traduisant ainsi l'efficacité des dépenses publiques .

En plus de la production des projets de loi de finance et de budget-programme au niveau sectoriel, le département de la santé qui a entrepris la révision du PRODESS II et sa prolongation jusqu'en 2011, prévoit la révision et la publication du document du CDMT. Il sert d'outil pour établir des paramètres réalistes d'évolution de la croissance des dépenses du département de la santé en fonction des missions et des engagements du Gouvernement.

L'instrument CDMT permet, dans un contexte de gestion axée sur les résultats, de faire les liens entre les ressources utilisées et les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs. Aussi, il facilite l'élaboration du budget programme.

Le C.D.M.T du secteur sanitaire est un instrument de programmation et de plaidoyer permettant au Ministère de la santé de matérialiser les orientations stratégiques du secteur sanitaire telles que stipulées dans le cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté et autres documents de référence. Le CDMT s'inscrit dans le cadre des reformes de la gestion publique en cours au Mali visant à améliorer la santé et faire reculer la pauvreté. Ainsi, le présent CDMT permet de :

- Dégager, dans le cadre d'un budget programme cohérent, les principales stratégies et actions qui conditionnent la performance du secteur et en estimer les coûts additionnels nécessaires ;
- Prévoir les ressources budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés au secteur ;
- Déterminer ainsi, de manière prévisionnelle, l'enveloppe budgétaire annuelle 2009-2011 du secteur en tenant compte de l'évolution budgétaire globale du pays, des apports attendus de l'Etat, du recouvrement de coûts, des collectivités, des communautés et des Partenaires Techniques et Financiers.

Le CDMT est structuré en objectifs à atteindre, en besoins de financement et en financements disponibles. Il repose sur :

- des projections de dépenses issues d'un budget programme dont les coûts sont chiffrés et actualisés sur une base pluriannuelle;

- des projections pluriannuelles de ressources disponibles pour le financement de la politique de santé conformément aux accords, conventions et protocoles de financement ;
- un dispositif de suivi et d'évaluation en vue de la prise de décisions.

Un dispositif institutionnel efficace, en permanence focalisée sur la poursuite des objectifs de la politique de santé dans un environnement sous contraintes.

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007- 2011, le Gouvernement du Mali a mis en place un programme de réformes visant à renforcer la gestion des dépenses publiques. Il s'agit de passer à un système basé sur la recherche de l'efficacité des dépenses et le suivi des résultats.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de procéder à une réorientation de l'approche du gouvernement en matière de planification et de gestion budgétaire, y compris le renforcement des capacités pour aider à mieux prendre en compte les objectifs sectoriels en termes financiers et assurer une plus grande cohérence avec les contraintes macroéconomiques.

Ainsi, le Ministère de la Santé a inscrit dans ses priorités l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (C.D.M.T), comme instrument de mise en œuvre du CSCRP avec l'appui technique de tous les partenaires.

Le premier document du cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du secteur de la Santé a été élaboré sur la période 2003-2007. Il a fait l'objet d'une première révision en septembre 2006 (CDMT 2005 – 2009) pour prendre en compte les nouvelles préoccupations en matière de décentralisation, les changements sur le plan institutionnel, les nouveaux engagements nationaux et internationaux.

Le contexte actuel marqué par la revue du CSLP, l'avènement du CSCRP (2007-2011), les nouvelles initiatives en vue d'accélérer leur passage à l'échelle vers l'atteinte des OMD Santé (IHP), la décision de prolongation du PRODESS II de 2009 à 2011, a conduit à la révision du CDMT 2005-2009.

Suite aux recommandations de l'atelier technique d'orientation pour la finalisation du CDMT tenu le 30 juin 2008 à l'hôtel Laico (ex Kempinsky) et à la décision de prolongation du PRODESS II de 2009 à 2011 ; Il est apparu nécessaire de réviser CDMT 2005-2009,pour prendre en compte :

- les changements sur le plan institutionnel ;
- les nouveaux engagements nationaux et internationaux ;
- l'année de base à partir de laquelle sont faites les projections de dépenses ;
- l'évolution du cadrage macro économique, de l'année de base à partir de laquelle sont faites les projections de dépenses

- la révision de la liste des indicateurs
- l'avènement des nouveaux appuis budgétaires ;
- la situation concernant le niveau d'équipement des structures, le niveau des allocations budgétaires, les capacités de mise en œuvre ;
- la prolongation du PRODESS II

En outre, il s'est avéré nécessaire d'établir une cohérence entre les programmes du CDMT et ceux du budget programme de l'Etat d'une part et de faire un lien entre la nomenclature du budget de l'Etat et le CDMT.

Le CDMT révisé prend en compte dans son cadrage les besoins de financement de l'ensemble des documents constitutifs du compact dont il est partie intégrante, à savoir :

- le document du PRODESS II prolongé y compris la matrice révisée des indicateurs ;
- la Politique de Développement de Ressources Humaines pour la Santé (PDRHS),
- le plan stratégique national de renforcement du système de santé
- le document de politique de recherche ;
- la politique nationale de transfusion sanguine ;
- la politique nationale de maintenance

L'ensemble de ces documents sont nécessaires pour la signature du COMPACT qui est un contrat de partenariat dans lequel les parties prenantes (Etat, société et PTF) s'engagent pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement à mettre ensemble leurs efforts pour la réalisation des programmes de santé avec une prévisibilité de l'aide.

Ce contrat rend redevable les parties prenantes et doit permettre la mobilisation des ressources financières y compris les ressources additionnelles à hauteur des attentes et en temps opportun.

II – OBJECTIFS DE LA REVISION

1. Objectif général

La révision du CDMT 2005-2009 du secteur de la santé a pour objectif de prendre en compte les nouvelles préoccupations du département, traduites dans la prolongation du PRODESS II, ainsi que le cadrage macro économique, pour donner le cadrage des dépenses du secteur de la santé sur la période 2009-2011.

2. Objectifs spécifiques

- Réviser le CDMT du secteur de la santé selon trois scénarios principaux : une projection sur les objectifs du PRODESS II prolongé (scénario maximum) une hypothèse sur une légère augmentation des résultats (scénario minimum) et une autre hypothèse en cas de financement additionnel (scénario moyen) ainsi qu'un cadrage basé sur les ressources disponibles ;
- Actualiser le cadrage financier et l'étendre sur la période 2009-2011en tenant compte du cadrage budgétaire à moyen terme révisé (CBMT 2007-2011) du Ministère de l'Economie et des Finances;
- Faire les allocations budgétaires par zones de pauvreté et par niveau en fonction de la prise en compte des réalisations et les corrections sur les cibles annuelles ;
- Faire le lien avec le budget programme et la nomenclature budgétaire de l'Etat;
- Faire le lien entre le niveau des financements et celui des résultats;
- Prendre en compte les changements institutionnels y compris la décentralisation.

III - ANALYSE DE LA SITUATION

Les principaux résultats atteints dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS de 2003 à 2007 se résument comme suit :

1- Couverture sanitaire

Le nombre de CSCom existants en fin 2007 est de 826. En plus de ceux ci, il faut noter l'existence de structure de santé parapubliques, confessionnelles, dispensaires et cliniques privées qui complètent le premier échelon qui offrent le PMA. Certains aspects de l'offre des soins sont complétés par les ONG. Il s'agit notamment de la santé de la reproduction, de la nutrition, de l'onchocercose et la lutte contre les IST VIH/Sida.

Tableau I : Couverture sanitaire de 2003 au 31 décembre 2007

Régions	Nbre de CSCOM prévu dans les PDSC	Situation 2003	Situation 2004	Situation 2005	Situation 2006	Situation 2007
Kayes	183	94	108	115	130	141
Koulikoro	167	85	88	103	107	116
Sikasso	186	142	143	152	152	153
Ségou	167	123	128	134	134	145
Mopti	128	93	102	109	109	112

Régions	Nbre de CSCOM prévu dans les PDSC	Situation 2003	Situation 2004	Situation 2005	Situation 2006	Situation 2007
Tombtou	77	31	35	41	51	51
Gao	93	37	39	40	43	49
Kidal	13	5	6	7	7	7
Bamako	56	50	50	52	52	52
Total	**1070**	**660**	**699**	**753**	**785**	**826**

Source : Rapport 2007 DNS

On observe une augmentation progressive du nombre de CSCOM qui est passé de 785 en 2006 à 826 en 2007, sur une prévision dans les PDSC de 1070 CSCom, soit un taux de réalisation de 77%. Ce taux de réalisation varie de 53% pour la région de Gao à 93% pour le District de Bamako.

Répartition de la couverture sanitaire par zone de pauvreté

Le tableau suivant donne l'évolution de la couverture sanitaire selon la répartition zonale selon le CSCRP

Tableau II: Evolution du nombre de CSCOM par Zone de pauvreté au Mali de 2003 à 2007

Zone de pauvreté	Prévus dans le PDSC	Niveau atteint en fin 2003	Niveau atteint En fin 2004	Niveau en fin 2005	Niveau atteint En 2006	Niveau atteint En 2007	Proportion de couverture
Zone 1	648	443	459	498	502	526	81,17%
Zone 2	366	167	190	204	231	248	67,75%
Zone 3	56	50	50	52	52	52	92,85%
Total	1070	660	699	753	785	826	77,19%

Source : Rapports 2007 DNS et Annuaire SLIS 2007

Il ressort de l'analyse du Tableau III ci-dessus, que la zone 2 de pauvreté est en retard de couverture par rapport aux autres et que l'augmentation maximale de CSCOM (entre 2006 et 2007) a été enregistrée dans la zone I (Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti) soit 24 CSCOM contrairement à l'année 2006 où on a enregistré 17 CSCOM en Zone II.

2. Les indicateurs

Le niveau d'atteinte des principaux indicateurs est présenté dans le tableau ci – dessous

Tableau III: Evolution de certains indicateurs de couverture de 2003-2007

Indicateurs	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de CSCOM	660	699	753	785	**826**
PMA < 5 Km (%)	46	47	50	51	**53**
PMA < 15 Km (%)	69	71	75	76	**78**
Fréquentation (NC/Hbts/An)	0,23	0,25	0,26	0,26	**0,29**
Consultations Prénatales (%)	59	75	75	75	**77%**
Acch Assistés (%)	42	49	53	55	**59%**
DTCP3<12mois (%)	79	90	91	92	**94%**
Prévalence contraceptive (%)	2,71	2,36	3,16	3,76	**4,17%**

Source : Annuaire SLIS 2007

- L'accessibilité aux soins dans un rayon de 5 Km est passée de 46% (2003) à 53% (2007) et celui de moins de 15 km est passé de 75% (2003) à 78% (2007) ;

- La consultation curative : une couverture en consultation curative de 0,29 nouveau contact par habitant et par an en 2007 contre 0,26 en 2006 a été enregistrée. Cependant on constate depuis 5 ans une faiblesse voire une stagnation de l'utilisation des services de santé ;

- La consultation prénatale (CPN) : D'année en année une amélioration dans l'utilisation des services de CPN est enregistrée ; elle est passée de 75% en 2006 à 77% en 2007 ;

- L'accouchement assisté : La couverture moyenne nationale en accouchement assisté a été de 59% en 2007 contre 55% en 2006 ;

- La couverture vaccinale s'est améliorée dans toutes les régions ; elle est passée de 79% en 2003 à 94 % en 2007 pour le DTCP3 chez les enfants de moins d'un an. Toutefois cet effort doit être renforcé pour préserver les acquis
- La prévalence contraceptive elle reste encore faible passant seulement de 3,76 % en 2006 à 4, 17 % en 2007.

En résumé, la plus part des objectifs fixés ont été atteints pour l'ensemble des indicateurs sauf pour la prévalence contraceptive. Ceci pourrait s'expliquer par :

- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées,
- L'insuffisance dans le suivi des activités d'IEC,
- L'inaccessibilité, et l'insuffisance dans l'organisation des services

- L'insuffisance de complétude des données des structures intervenant dans la PF, de moyens de communication et de transport, mais aussi le faible taux de scolarisation et d'alphabétisation, l'insuffisance d'implication des hommes dans la PF.

- La santé de la reproduction :

  - La référence-évacuation : Le processus de l'organisation de la référence évacuation se poursuit en vue de renforcer les capacités de prise en charge des urgences obstétricales, chirurgicales et médicales des structures de première référence. Ainsi le nombre de cercle ayant organisé le système de référence /évacuation avec partage des coûts est passé de 43 structures (en fin 2005) à 57 en 2007 soit 96%.

  - La césarienne : le taux de césarienne est passé de 1,89% en 2006 à 2,06% en2007 le résultat attendu en 2007 était de 3%.

  - La Prévention de la transmission mère– enfant (PTME) : le nombre de site PTME actuel est de 147 Sites contre 88 en 2006 ; dont 59 nouveaux sites sur 30 prévus en 2007.

  - La nutrition : l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans s'est légèrement amélioré. La prévalence du retard de croissance est passée de 38 % à 34 %. Le niveau de l'insuffisance pondérale est resté quasiment stable (33 % contre 32 %). (EDS-IV).

  - Le VIH-SIDA : en 2007 La prévalence du VIH est de 1,3 % contre 1,7 % en 2001 parmi les personnes de 15-49 ans. La proportion de femmes et d'hommes positifs au seul VIH-2 est faible (0,2 %). Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %).

    Par ailleurs, la prévalence de l'infection au VIH est plus élevée chez les hommes de 50-59 ans (1,7 %) et, par conséquent, la proportion d'hommes de 15-59 ans infectés (1,1 %) est plus élevée que celle des hommes de 15-49 ans (1,0 %). (EDS-IV).

  - Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité au Mali 37,8%), suivi des infections respiratoires aiguës (27,4%) et des diarrhées (8%). Chaque année, il est notifié en moyenne 852 489 cas dans les formations sanitaires et 1 291 853 cas en 2007 (Source: annuaire SLIS 2007).

    Dans le domaine de la prévention et du traitement du palu nous notons que (i) 42% des femmes enceintes et 41% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous moustiquaire imprégné d'insecticide la nuit précédant l'enquête (ii) 59% des femmes ont pris une dose de SP en traitement préventif intermittent et 4% ont pris deux doses (EDSM –IV) ; 1 162 048 doses de CTA ont été données aux enfants de 0-5ans et 2 820 393 MII distribuées (au cours de la

CPN et du PEV de routine et en campagne intégrée rougeole) source PNLP JNE 2008.

3. Résultats atteints par les programmes d'appui spécifiques

- **Immunisation :**

Campagne intégrée

- Rougeole enfants de 9-59 mois : 100,6%
- Polio enfants de 0-59 mois : 105,6%
- MII enfants de 0-59 mois : 94,2%

Vitamine A la couverture chez :

- enfants de 6-11mois est de 87%,
- enfants 12-59 mois : 100%,
- Femmes en Post Partum Immédiat : 130%

Albendazole :

- enfants 12-23 mois : 109%,
- enfants 24-59 mois : 101%,
- FPPI : 104%

Aucun cas de PVS n'a été notifié ; Cependant un cas de fièvre jaune confirmé au laboratoire a été notifié dans le district sanitaire de Kati. La riposte a été organisée à cet effet avec les résultats suivants :

- Population vaccinée 127 391
- Couverture atteinte 110 %
- Campagne de vaccination contre le TMN : 93% de couverture VAT1, 47% en VAT2 et +

Les taux de plus de 100% pourraient s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur

- **La TUBERCULOSE**

Au total 5 384 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés au Mali en 2007 contre 5 245 cas en 2006.

Le taux de succès au traitement (guéris + traitement terminé) des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs a été de 77% (soit 2867 malades) contre 69,7% (soit 2 459 malades) en 2006

Le taux de détection au niveau national est resté stationnaire à 26% entre 2007 et 2006. Cependant il existe une grande disparité entre les régions (70% à Bamako et 12% à Kayes).

236 malades ont abandonné le traitement soit un taux de 6% contre 255 malades en 2006 soit un taux de 7,8 %

- **La Filariose lymphatique**

La couverture géographique est passée de 3 districts sanitaires (5%) en 2005 à 15 districts (25%) en 2006 et à 24 districts (40%) en 2007.
La couverture thérapeutique est passée de 78,3% (2 317 185 personnes) en 2006 à 80% (4 527 977 personnes) en 2007

- **Le ver de guinée**

313 cas ont été enregistrés en **2007** contre **329 cas** en **2006** soit une diminution de **3%** dont 203 cas isolés et 110 non isolés, soit 35%

- **La schistosomiase et Vers Intestinaux**

Sur une cible de 1 286 416 personnes attendues en 2007 dans les régions de Kayes, Sikasso, Bamako, Tombouctou, Gao et Kidal, 895 343 ont reçu le traitement contre la bilharziose et les vers intestinaux, soit une couverture globale au traitement de 69, 6 %.
Les taux de couverture obtenus varient de 56,9% dans la région de Kayes, à 110,4% dans la région de Sikasso

- **Lutte contre Lèpre**

Le taux de prévalence de la lèpre est de 0,36 en 2007 contre 0,40 cas pour 10 000 habitants au Mali en 2006. Le taux de détection est de 3,7 pour 100 000 habitants

- **La trypanosomiase**

La prospection a été faite dans les zones d'endémie de Kadiolo Yanfolila, Dioïla Kolondiéba, et Kéniéba, Bougouni ; sur 17628 personnes examinées, 193 étaient suspects cliniques, 87 suspects sérologiques

- **Santé Bucco-dentaires**

12 496 élèves ont participé à 26 Séances d'IEC dans les écoles du District de Bamako et à Baguineda .
45 cas de Noma ont été dépistés (cas évolutifs et séquelles**)**

- **Lutte contre Cécité**

1 767 877 personnes ont été traitées dans le cadre de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées dans la région de Sikasso

3 105 sujets ont été opérés de trichiasis dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti

6 443 personnes dont 4 554 souffrant de cataractes ont été opérées à Bamako, à l'intérieur du pays et dans les zones enclavées

10 498 enfants et élèves examinés au cours de la Journée mondiale de la Vue et du mois de la Solidarité

- **L'onchocercose :**

Les trois milles cinq cent vingt quatre (3524) villages qui sont sous traitement dans 13 cercles et 2 zones sanitaires ont été traités dans le cadre des Maladies Tropicales Négligées (MTN). Le taux de couverture thérapeutique obtenu est de 77,8%.

- **Lutte contre les maladies non transmissibles : MNT**

Participation du Mali à l'élaboration des articles 9 et 10 de la convention cadre de lutte contre le tabac à Bruxelles en juin 2007 ;

Organisation du dépistage de cancer du col à l'hôpital régional et au centre de référence de Tombouctou (10 femmes ont bénéficié de l'examen gynécologique avec 4 biopsies).

- **La reforme pharmaceutique et l'approvisionnement en médicaments :**

Les médicaments essentiels en DCI sont disponibles dans tous les CSCOM, tous les CSCREF et hôpitaux régionaux et centraux. Grâce à la bonne collaboration du secteur privé, plusieurs officines privées vendent aujourd'hui les produits DCI. Cela a permis de consentir une réduction moyenne de 35% sur les prix de 110 médicaments essentiels vendus en officine. Des difficultés sont à noter quand à l'approvisionnement des régions du nord.

4. La réforme hospitalière :

Dans le cadre de la politique sectorielle, le PDDSS au cours de la première partie de sa mise en œuvre et le PRODESS II ont fait de la réforme hospitalière une priorité essentielle avec la mise en place de la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière (MARH).

Avec l'adoption de la réforme hospitalière et de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi Hospitalière en République du Mali, la MARH a été érigée en Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH).

Ainsi tous les hôpitaux ont été érigés en Etablissement Public hospitalier (EPH) dotés de l'autonomie financière et de gestion. Chaque EPH dispose désormais de son projet d'Etablissement qui est un plan de développement sur 5 ans. En plus des hôpitaux du Point « G », Gabriel Touré et l'IOTA, les hôpitaux de Kati, et le CNOS ont été érigés en centres hospitaliers universitaires (CHU).

5. Evolution du secteur privé sanitaire :

L'appui du Département en faveur de la libération des professions sanitaires et les dispositions réglementaires prises ont contribué à un développement rapide du secteur privé médical et paramédical. Le nombre d'Etablissements privés est passé de 144 en 1992 à 615 en 2001 et 628 en 2006. Il convient de signaler que plus de la moitié de ces établissements privés sont localisées à Bamako.

Tableau IV : Situation des établissements sanitaires privés, parapublics et confessionnels en 2006

Structures	Bko	Kayes	Kkoro	Segou	Mopti	Ttou	Gao	Kidal	Skso	Total
Association de tradithérapeutes	1	2	1	3	1	2	3	1	1	15
Cabinet de soins	21	1	1	3	4	2	0	0	7	39
Cabinet de soins tradit.	8	1	0	0	0	0	0	0	0	9
Cabinets d'accouchement	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Cabinets dentaires	6	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Cabinets médicaux	15	4	1	2	2	0	1	0	3	28
Centres confessionnels	0	1	0	1	0	0	1	0	5	8
Cliniques chirurgicales	8	2	0	0	0	0	0	0	0	10
Cliniques d'accouchement	0	0	0	1	0		0	0	0	1
Cliniques médicales	12	1	1	0	0	0	0	0	0	14
CMIE	1	2	2	3	1	1	1	0	1	12
Dépôts privés	0	17	15	19	1	6	2	1	13	74
Grossistes privés	6	2	0	1	1	0	0	0	1	11
Herboristes	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Infirmeries militaires	5	1	2	2	2	1	2	2	2	19
Mutuelles	1	8	1	7	0	0	0	0	4	21
Officines	179	16	40	22	9	3	3	0	30	302
ONG	0	19	7	13	7	3	11	5	0	65
Opticien	1		0	0	0	0	0	0	0	1
Production MTA	1		0	0	0	0	0	0	0	1

Source : base de données de la carte sanitaire 2008

6. L'impact des interventions sur la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile

Malgré l'amélioration des soins prénataux au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, 464 pour 100 000 naissances vivantes, comme dans le reste des pays de la sous-région, 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Les résultats de l'EDSM-IV suggèrent que le comportement procréateur, mais aussi les conditions sanitaires, continuent à constituer un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore très élevée.

La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénataux et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement

La mortalité infanto juvénile au Mali se situe parmi les plus élevés au monde, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué régulièrement depuis quinze ans. La mortalité infantile est passée d'un niveau de 125 ‰ à 96 ‰, soit une baisse de 23 % sur 15 ans ; et au cours de la même période quinquennale, la mortalité juvénile a également diminué de manière rapide, d'un niveau de 133 ‰ à 105 ‰ à l'EDSM-IV, soit une baisse de 21 % sur 15 ans. Globalement la mortalité infanto juvénile est passée de 242 ‰ à 191 ‰.

De façon générale, toutes les composantes de la mortalité des jeunes enfants ont donc enregistré une baisse importante, y compris les composantes de la mortalité

infantile : la mortalité néonatale passant de 68 ‰ à 46 ‰ et la mortalité post-néonatale de 61 ‰ à 50 ‰.

Globalement, le niveau de mortalité infanto juvénile au Mali est donc aujourd'hui assez différent de ce qu'il était il y a une quinzaine d'années.

IV. LA METHODOLOGIE DE LA REVISION DU CDMT

La méthodologie de révision du CDMT a été fondée sur la base de définitions des besoins pour atteindre les objectifs fixés. Ainsi, à partir des couvertures existantes, en tenant compte des normes nationales, les coûts additionnels découlent de l'analyse des goulots d'étranglement pour la mise en œuvre du programme. Les coûts unitaires en vigueur ont servi à estimer les besoins tout en prenant en compte les hypothèses macroéconomiques. Les analyses et les projections ont été faites suivant des niveaux de prestations de services :

- Le niveau familial et communautaire ;
- Le niveau des services orientés vers les populations (stratégies avancées) et
- Le niveau des services cliniques offerts en centre fixe.

Ainsi, les étapes suivantes ont été observées :

1. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS

- les interventions à haut impact concourant à l'atteinte des OMD ;
- les autres interventions de soutien pour l'atteinte des OMD.

a) Le système de santé :
L'architecture du système de santé a été prise en compte par niveau, en identifiant les opportunités et contraintes/ les difficultés dans l'offre de soins au niveau communautaire, y compris les services offerts par les relais communautaires ; le CSCOM, le CSREF et les EPH ainsi que le rôle des structures de recherche, et les structures centrales / coordination dans le contrôle de la maladie.

L'inventaire des ressources humaines existantes a été fait selon la catégorie professionnelle et l'évaluation des besoins en ressources humaines nécessaires par profession et les besoins non comblés.

b) Epidémiologie :
La situation sanitaire du Mali à l'instar des autres pays de la sous région est le reflet de sa situation socio-économique marquée par l'ampleur de la pauvreté et de la maladie ; les couches vulnérables ont fait l'objet d'une attention particulière.
L'analyse a porté entre autres sur le taux de fécondité, la planification familiale, la mortalité maternelle et infantile ; la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, l'incidence et la prévalence des grandes maladies (B.K, VIH, paludisme) la population en général et sur les femmes et les enfants, les Maladies

Tropicales Négligées (filariose, dracunculose…) les Maladies Non Transmissibles (cancer, drépanocytose…).

c) Les interventions essentielles

Les interventions avérées efficaces ont été sélectionnées par mode de prestation de service et par niveau pour la réalisation des OMD.

- **Services à base communautaire orientés vers les familles:**

Ils renvoient aux services sanitaires et aux interventions pour le changement de comportement dispensés à domicile ou au niveau communautaire : activités des relais et autres agents communautaires, participation des familles à la prise en charge de leur problème de santé.

- **Services périodiques orientés vers les populations (stratégie avancée, mobile polyvalente):**

Il s'agit des services sanitaires destinés à la population qui peuvent être fournis par les professionnels de la santé de manière périodique permettant d'atteindre les groupes pauvres et défavorisés. Ces interventions sont en général menées à travers les stratégies novatrices : stratégies avancée, équipe mobile polyvalente.
Ce sont les soins prénataux, la vaccination …

- **Services en centre fixe (niveau CSCOM, CSREF, EPH 2ème niveau)** :

Ce sont des services fournis dans les centres de santé en présence de personnel de santé qualifié : les soins curatifs (consultations, soins aux femmes en perpartum…) y compris l'hospitalisation et la référence / évacuation, les soins préventifs (CPN…) et promotionnels (la promotion de vitamine A…)
A ce niveau les aspects de motivation , de recrutement du personnel qualifié ,de renforcement du système de santé y compris l'approvisionnement eau potable, l'électrification, les logements d'astreintes ont été pris en compte.

d- Déterminants de couverture

Les déterminants de couvertures sont des index (de la disponibilité à la qualité en passant par l'accessibilité aux soins et l'utilisation des services) sur lesquels l'état de mise en œuvre d'une intervention est analysé. La démarche a porté sur (i) l'identification des goulots d'étranglement du système de santé et (ii) la fixation des niveaux de réduction de ces contraintes pour augmenter les objectifs de couverture.

- Accessibilité géographique aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été pris en compte : création de nouvelles structures, réhabilitation /rénovation ; la disponibilité des ressources humaines qualifiées en quantité

- Disponibilité des intrants : médicaments essentiels (CTA, ARV), les vaccins et consommables (MII, produits de ré imprégnations.), les équipements ;

- Disponibilité des ressources humaines à travers la mise en œuvre de la PDRH (plans de recrutement, de formation, de carrière, et de motivation) ;

- Utilisation : L'utilisation des services de santé par la population a été mesurée à travers les taux : Taux de fréquentation des services de santé par an, la couverture en vaccination, en CPN, en accouchement assisté…

- Qualité des soins: l'amélioration des compétences des professionnelles de santé, l'utilisation du matériel de diagnostique (test de diagnostique rapide …) le respect des normes et procédures de soins, la continuité dans l'utilisation des services permettront de mesurer la qualité des soins offerts.

2. Analyse des différents goulots d'étranglement et objectifs par scénario

2.1. Analyse globale du système de santé

L'essentielle de cette analyse porte sur les principales contraintes et goulots d'étranglement qui limitent les possibilités et la rapidité de passage à échelle de certaines interventions.

Il a été clairement montré que surtout parmi les populations les plus pauvres, l'efficacité de l'action sanitaire est réduite par les goulots d'étranglement que constituent le faible accès aux soins et la pénurie de ressources humaines.

Ces goulots d'étranglement et ces contraintes jouent un rôle, pour tous les aspects de l'action sanitaire à des degrés divers : du curatif à la vaccination, de l'urgence obstétricale à la prévention du SIDA, de la planification familiale à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, de la nutrition à l'hygiène et l'assainissement en milieu communautaire. Ils sont plus fréquents, plus importants et peuvent entraîner des conséquences négatives dans les régions les plus pauvres.

Afin d'accélérer la couverture sanitaire, augmenter la production de santé et améliorer l'état de santé (et ses indicateurs), il faut pouvoir lever une série d'obstacles systémiques dans les régions les plus pauvres.

a) La situation géographique :

Elle pose des problèmes d'accès géographique à la fréquentation des structures de santé. Malgré les progrès réalisés, les objectifs de programmation ne sont pas encore atteints. Cependant, il existe des possibilités d'augmenter de façon considérable cet accès aux soins à travers la combinaison de stratégies :

- une extension du réseau fixe, notamment en subsidiant la création de CSCOM dans des zones à population dispersée qui jusqu'à présent seraient classées comme non-viables en autofinancement ;

- une intensification des activités avancées et mobiles ;

- un développement de la participation communautaire à la prise en charge des problèmes de santé (appel plus grand à ce que les ménages et les communautés peuvent faire eux mêmes).

b) La pénurie de personnel :

La pénurie de personnel constitue l'autre grande contrainte qui limite l'accès. Le personnel de santé est de façon générale réticente à exercer dans les zones défavorisées où les perspectives de rémunérations complémentaires dans le secteur privé et d'accès aux infrastructures sont peu attrayantes ainsi que dans les zones du pays où les populations sont dispersées et en partie nomades.

On constate au niveau national que le Mali est proche des normes OMS par rapport au ratio médecin/population. Cependant il existe une disparité de répartition du personnel qualifié entre les régions concernant ce ratio (1/24831 en 2007 contre1/25 664 en 2006 à Mopti ; 1/5925 en 2007 contre 1/5662 en 2006 à Kidal).

En ce qui concerne les Sages-femmes, le Mali est loin d'atteindre les normes OMS.
Par ailleurs il existe une grande disparité ente les régions (1/66088 à Tombouctou et 1/5972 à Bamako). En 2006 la région de Kayes avait le faible ratio soit une sage femme pour 96 882 habitants .Pour les infirmiers le Mali a atteint les normes de l'OMS sauf dans la région de Mopti.

Malgré les efforts fournis en matière de recrutement du personnel (fonction publique PPTE, collectivité, communauté) la disponibilité des ressources humaines qualifiées demeure un grand défi pour l'atteinte des objectifs du millénaire. A ce niveau aussi les objectifs de programmation ne sont pas encore atteints.

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSNDRHS) permettra d'améliorer la situation à court terme. Elle rend l'emploi au niveau du CSCOM plus attractif et plus compétitif en améliorant les conditions de l'emploi et du travail. Ces mesures permettront d'améliorer la disponibilité du personnel dans les zones pauvres.

c) Disponibilité en médicaments et en matériel :

Les goulots identifiés à ce niveau portent sur les points suivants : la rupture de certains médicaments essentiels, réactifs et consommables, l'insuffisance dans la gestion des approvisionnements, la vente des médicaments illicites, la faiblesse dans la maintenance de la chaîne de froid, la faible capacité de stockage des médicaments surtout dans la zone II l'absence de banques de sang dans certains CSREF.

d) Continuité et Qualité:

De façon générale de nombreux problèmes de qualité existent : la faiblesse dans le respect des normes et procédure de dispensation des soins y compris l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux ; la faible intégration des activités, insuffisance de monitorage, de supervision, de suivi/évaluation et de recherche opérationnelle, faible utilisation des résultats des recherches opérationnelles, faible prise en charge de la problématique de la pauvreté. Avec le type de personnel dont on dispose, il y a des limites dans la continuité et la qualité des soins.

e) Participation : un dernier goulot d'étranglement est celui de la participation des populations à la planification et à la gestion des services de santé. Malgré qu'il s'agisse d'un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne, de nombreux problèmes sont rencontrés dans la mise en œuvre de cette approche :

- les collectivités territoriales décentralisées ne maîtrisent souvent pas la politique sectorielle de santé ;
- les structures de gestion communautaires sont souvent peu représentatives ;
- les pauvres et surtout les femmes et les jeunes sont très peu impliqués dans les organes de gestion des structures de soins ;
- les structures de gestion communautaires se sont surtout impliquées dans les activités de gestion des services et des financements mais beaucoup moins dans la mise en place d'actions de santé communautaires ;
- les jeunes notamment les adolescent(e)s ne participent presque pas aux initiatives de développement, encore moins à la prise de décision relative à la jouissance de leur droit à la santé, à l`identification des problèmes de santé qui les affectent ainsi qu`à la recherche des solutions à y appliquer ;
- le poids des facteurs socioculturels dans les comportements pour la santé est encore élevé et la stigmatisation des personnes infectées par le VIH ou la tuberculose persiste au sein de la communauté.

L'effort du système devra maintenant porter sur des tentatives visant à surmonter ces obstacles, en combinant un travail au niveau systémique et au niveau communautaire.

2.2 Analyse spécifique par niveau, objectifs et stratégies

Les paquets d'interventions sont groupés en trois modes distincts de prestation de services, qui sont (a) le niveau familial et communautaire, (b) les services offerts par les agents de santé, orientés vers la population (stratégie avancée, mobile) ; (c) les services cliniques : (soit le niveau CSCOM en centre fixe ; le niveau CSREF ; le niveau EPH).

Une intervention par paquet est désignée comme « intervention traceur représentative du paquet ». Pour chaque traceur représentatif du paquet, des indicateurs correspondant à cinq déterminants clés ont été désignés. Ce sont la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la couverture adéquate, la couverture effective.

Ces indicateurs permettent d'évaluer l'efficacité du système de santé, sur base de données provenant de la dernière EDS IV (2002-2006), et du système de santé (Bilan « C » annuaires statistique, rapport DNS...).

Le niveau des indicateurs de ces cinq déterminants permet de mettre en évidence les goulots d'étranglement du paquet de services. En tenant compte des goulots d'étranglement respectifs des paquets de services et de la situation actuelle, une

stratégie est recommandée pour atteindre des objectifs réalisables à moyen terme dans le cadre du CDMT.

a) Niveau familial et communautaire

Les objectifs par scénario sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau V: Couverture actuelle et objectifs des interventions du niveau familial et communautaire retenues dans le PRODESS II prolongé (2009-2011).

Indicateurs niveau familial et communautaire	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Enfant de moins de 5 ans ayant dormis sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête	27,10%	27%	29%	38%	40%
Femmes enceintes ayant dormis sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête	28,90%	28%	29%	38%	40%
Utilisation de latrines (Proportion des ménages utilisant les latrines améliorées)	34,40%	35%	35%	38%	39%
Lavage des mains par les mères	8,20%	10%	20%	30%	39%
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois): % d'enfant de 0-6 mois allaités exclusivement au sein	37,80%	38%	38%	51%	52%
Alimentation complémentaire (% d'enfant recevant une alimentation complémentaire après 6 mois)	29,80%	30%	38%	51%	52%
SRO (% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO)	44,70%	43%	46%	48%	50%

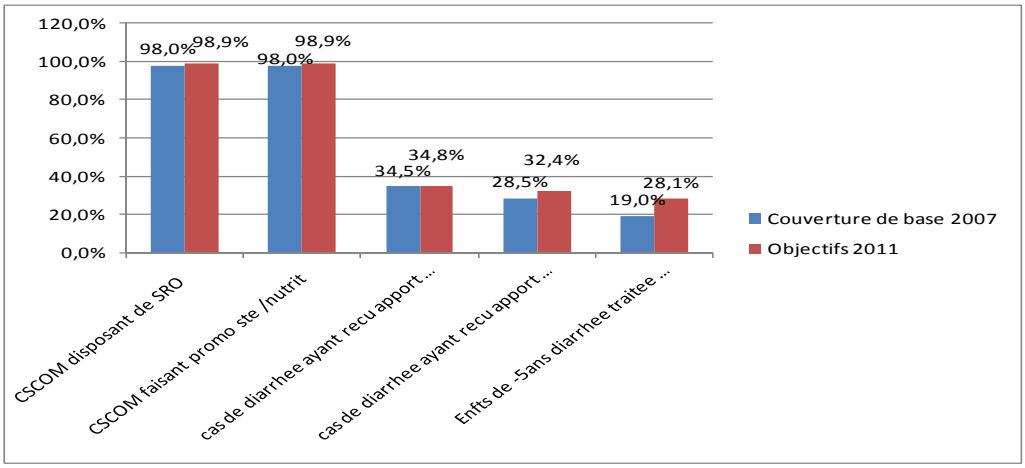
***Source : EDSM IV 2006**

Au niveau familial et communautaire, les interventions « traceurs » retenues sont:
(i) les moustiquaires imprégnées pour le paquet des soins préventifs maternels et néonataux au niveau communautaire ; (ii) l'allaitement maternel exclusif de zéro à cinq mois, pour le paquet des soins préventifs de l'enfant au niveau communautaire ; et (iii) Thérapie de réhydratation orale pour le paquet de la prise en charge des pathologies maternelles, néonatales et de l'enfance au niveau communautaire.

Goulots : Goulots d'étranglement pour le paquet de prise en charge des pathologies de l'enfance au niveau communautaire:
L'analyse respective de ces trois interventions «traceurs» et celles des autres interventions du même paquet familial et communautaire met en évidence des

goulots similaires pour le paquet à base communautaire: Si la disponibilité et l'accessibilité sont relativement bonnes, l'utilisation initiale la continuité et la qualité restent limitées, liées essentiellement à un manque de connaissance exacte de la pratique familiale, l'insuffisance de l'implication des relais communautaires dans la prise en charge des maladies à ce niveau.

Figure 1 : Utilisation du SRO



Stratégies :
La stratégie majeure pour le paquet communautaire est le renforcement de l'information, l'éducation et la communication. C'est ici où le rôle des relais communautaires devient important afin d'améliorer l'utilisation et la continuité de la pratique voire même la qualité.

Néanmoins une attention particulière doit être accordée à la disponibilité et l'accessibilité de médicaments essentiels (SRO, médicaments pour la prise en charge des IRA) et à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, au niveau des villages par l'intermédiaire des relais communautaires et le renforcement du marketing social.
La poursuite de la subvention de ces produits voire leur gratuité pour les plus pauvres améliorera aussi leur utilisation par les plus vulnérables.

b) les services offerts par les agents de santé, orientés vers la population (stratégie avancée)

Les trois interventions traceurs retenues à ce niveau portent sur : (i) la planification familiale pour le paquet des soins préventifs pour adolescentes et femmes enceintes en service préventif ou consultation clinique; (ii) la consultation prénatale pour les soins préventifs pré, post, et néonataux ou en consultation clinique ; et (iii) la vaccination DTC3/Rougeole pour le paquet des soins préventifs pour l'enfant sain en service préventif ou en consultation clinique.

Tableau VI: Couverture actuelle et objectifs des interventions orientées vers les populations (stratégie avancée et mobile) période (2009-2011).

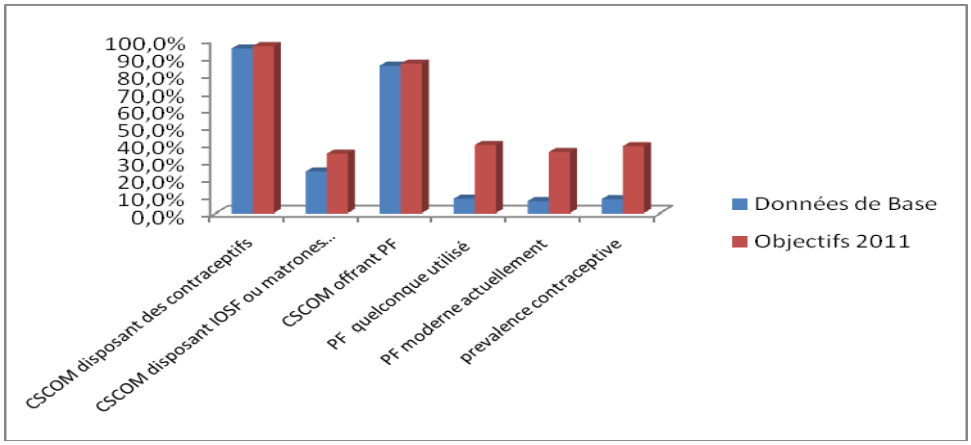
Indicateurs stratégie avancée et mobile	*Donnée de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Planification familiale (taux prévalence contraceptive méthode moderne)	7%	7%	9%	10%	11%
Consultation prénatale (CPN1)	78%	78%	80%	83%	86%
Vaccination antitétanique (Pourcentage de femme enceinte ayant reçu deux doses de VAT au cours de la dernière grossesse avant l'enquête)	48%	47%	50%	52%	55%
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse (Pourcentage de femme enceinte ayant reçu du fer)	61%	55%	62%	65%	70%
Traitement présomptif intermittent pour la femme enceinte (TPI 2 doses)	11%	9%	15%	20%	36%
Structure offrant la PTME (conseil sur le dépistage et sur l'alimentation du jeune enfant)	16%	16%	49%	50%	51%
% d'enfants complètement vaccinés à 18 mois	48%	45%	50%	54%	57%
Vaccination BCG	75%	70%	76%	77%	80%
Supplémentation vitamine A postpartum	41%	41%	50%	54%	57%
Vaccin polio oral OPV (dès la naissance)	56%	53%	58%	60%	65%
Vaccin Pentavalent (DTCP+Hb+ Hépatite)**	94%	90%	94%	94%	94%
Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune) **	68%	68%	68%	68%	68%
Proportion d'enfant de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vit A	72%	72%	73%	74%	75%

Source: *EDSM IV 2006;** Annuaire SLIS 2007

Goulots : Goulots d'étranglement des services préventifs pour adolescents et adultes:

Les trois interventions « traceuses » révèlent des goulots d'étranglement similaires. La disponibilité des contraceptifs et l'offre des services (accessibilité) est assurée à plus de 80% en stratégie avancée. Cependant le goulot d'étranglement majeur réside dans la disponibilité du personnel qualifié, l'utilisation initiale et l'utilisation continue et la qualité.

Figure 2 : Utilisation des services de planification familiale.



Stratégie

La stratégie proposée pour lever ces goulots d'étranglements réside dans la promotion de l'utilisation des services de planification tant comme source de bien être familial que de santé maternelle et infantile ; le rôle du personnel de santé sera important (i) dans la sensibilisation et l'implication des leaders communautaires et des chefs de ménages ii) l'intégration des relais communautaires dans la promotion et la distribution iii) le repositionnement de la planification familiale au centre des paquets de service offert en stratégie avancée.

c) Centre de santé fixe / Pour services orientés vers les populations (niveau CSCOM)

Parmi les paquets de service offert en centre fixe aux cibles vulnérables, deux interventions « traceurs » ont été retenues: (i) Accouchement assisté par un personnel qualifié ; (ii) la prise en charge des infections respiratoires aigues chez les enfants de moins de 5 ans (Antibiotiques pour la pneumonie des enfants) en **consultation** clinique.

Tableau VII **:** Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau CSCOM (centre fixe) période (2009-2011).

Indicateurs niveau CSCOM	***Données de base**	**Scénario ressources annoncées**	**Scénario minimum**	**Scénario moyen**	**Scénario maximum**
Accouchement assisté par professionnel	27%	27%	30%	32%	49%
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)**	27%	27%	30%	32%	35%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique**	58%	56%	59%	62%	65%
Prise en charge de paludisme compliqué (antipaludéens de 2nde intention)**	18%	18%	18,5%	19%	20%

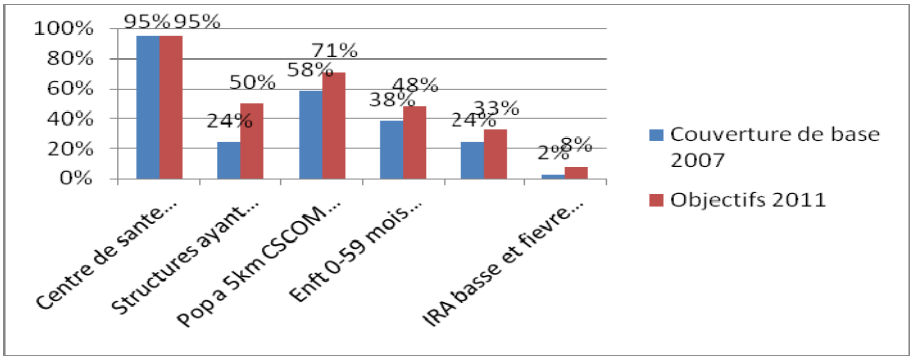
Indicateurs niveau CSCOM	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Pourcentage de malade Sida ayant reçu des antibiotiques pour les infections opportunistes ***	100%	100%	100%	100%	100%
DOTS pour Tuberculose**	95%	95%	95%	95%	95%

Source :* EDSM IV 2006 ;** Annuaire SLIS 2007 ;*** données d'enquêtes ou études spécifiques

Goulots : Goulots d'étranglement pour les services offerts au CSCOM pour les femmes enceintes et les enfants :
Les deux interventions «traceurs» révèlent les mêmes goulots d'étranglement pour les deux cibles (femmes enceintes et enfants) : L'insuffisance en personnel qualifié, l'utilisation des services et la qualité des soins offerts.

Cependant, l'accessibilité géographique dans un rayon de 5 km est assurée à 58%, les intrants (médicaments…) sont disponibles à plus de 70% dans tous les districts.

Figure 3 : Utilisation des services de consultation curative pour les infections respiratoires de l'enfant.



Stratégie : au regard des problèmes posés suite à l'analyse des goulots, les solutions portent sur : la mise à disposition du personnel qualifié en nombre suffisant et leur motivation ii) une meilleure supervision des personnels de santé qui améliorerait la qualité des soins. iii) la formation continue.
En ce qui concerne la faible utilisation des services, la stratégie envisagée portera sur la mobilisation sociale, l'implication des leaders communautaires, la mise en œuvre des activités de promotion de santé tant par les relais communautaires que par le personnel de santé

d) Structure de 1er niveau de référence pour des soins cliniques individuels (CSREF)

Les deux interventions «traceurs» retenues pour les centres de santé de premier de référence (CSREF) sont : les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) ; la Prise en charge des maladies de l'enfant et de l'adulte

Tableau VIII: Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des centres de santé de référence (CSREF) période (2009-2011).

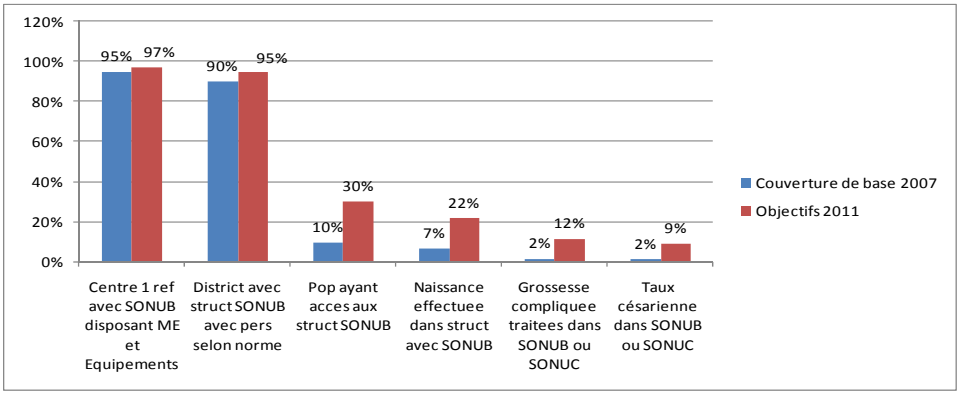
Indicateurs niveau CSREF (1ère Référence)	***Données de base**	**Scénario ressources annoncées**	**Scénario minimum**	**Scénario moyen**	**Scénario maximum**
SONUC (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet)****	2%	2%	4%	7%	10%
Accouchement assisté par professionnel**	7%	7%	12%	16%	20%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance***	7%	6%	12%	16%	20%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)***	80%	80%	80%	80%	80%
Détection et traitement du (pré) éclampsie (sulfate d'hydralazine)***	71%	71%	71%	71%	71%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 1er niveau de référence***	7%	6%	12%	16%	20%
Soins néonataux d'urgence (Asphyxie néonatale, prise en charge des infections sévères, gestion de la malnutrition infantile sévère, ictère, petit poids de naissance)***	46%	46%	47%	49%	50%
Antibiotiques pour les IRA des enfants de moins de 5 ans**	80%	80%	80,5%	82%	84%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie**	74%	72%	75%	76%	77%
Traitement de la rougeole par la vitamine A***	10%	8%	10%	10,5%	11%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc***	20%	18%	20%	20%	22%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique**	2%	2%	4%	7%	9%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pour adulte**	2%	2%	5%	7%	9%
Antibiotiques pour infections opportunistes***	73%	73%	75%	78%	80%
Proportion d'enfant séropositifs recevant les ARV ***	5,80%	6%	7%	9%	12%
(Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV)***	37%	37%	38%	40%	41%

Indicateurs niveau CSREF (1ère Référence)	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
ARV pour adulte atteint du SIDA***	34%	34%	35%	37%	39%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (Infections néonatales, ictère néonatale, IRA, diarrhée, asphyxie etc.) (soins de référence PCIME)**	7%	6%	7%	7,5%	9%
Prise en charge du paludisme compliqué (antipaludéens de 2eme de intention)**	37%	36%	37%	39%	40%
Prise en charge des tuberculoses modérément résistantes***	8%	8%	8%	8%	9%

Source :* EDSM IV 2006; annuaire SLIS 2007 ;*** données d'enquêtes ou études spécifiques ;****outil bilan « C » 2007**

Goulots : Goulots d'étranglement pour les soins cliniques de premier niveau de référence :
Le premier goulot réside dans (i) l'accessibilité géographique aux soins cliniques (éloignement ; barrière naturelles..) ; (ii) l'accessibilité financière est un autre goulot notamment pour les populations démunies pour l'utilisation initiale et continue des paquets de service offerts à ce niveau.
En ce qui concerne la couverture effective de qualité elle reste faible malgré que 90% des structures disposent du personnel, des équipements et intrants nécessaires à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales de base.

Figure 4 : utilisation des services pour les soins maternels et néonataux dans les CSREF



Stratégie :
Les stratégies à développer pour lever ces goulots porteront sur: (i) le renforcement de la référence/contre référence entre les CSCOM et le CSREF ; (ii) la supervision et la formation du personnel au respect des normes et protocoles de soins, (iii) l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas référé ; (iv) la sensibilisation des communautés ,collectivités, et ménages pour le payement des quotes-parts dans le cadre de la référence évacuation ; (v) l'extension de la caisse de solidarité à la

prise en charge du nouveau-né et aux autres urgences obstétricales ;(vi) la disponibilité et la maintenance de la logistique (RAC, ambulance..).

e) Deuxième niveau de référence (EPH région)

Les deux interventions «traceurs» retenues pour les EPH de deuxième référence sont : les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) ; la prise en charge des maladies de l'enfant et de l'adulte.

Tableau IX : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 2ème niveau de référence (2009-2011).

Indicateurs niveau 2ème référence	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
SONUC (Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence Complets)	13%	12%	14%	16%	19%
Accouchement assisté par professionnel	16%	16%	16%	13%	10%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance***	0,30%	0,50%	1%	1%	3%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)***	11%	11%	11,5%	12%	14%
Détection et traitement du (pré) éclampsie (Sulfate d'hydralazine)***	46%	46%	47%	49%	50%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 2e niveau de référence***	51%	48%	51%	51%	51%
Soins néonataux (réanimation de l'asphyxie, prise en charge de l'infection sévère, prise en charge des tout petits poids de naissance, ictère...)***	38%	35%	38%	38%	38%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique****	24%	20%	24%	20%	15%
Prise en charge de paludisme compliqué (antipaludéens de 2nde intention)***	16%	15%	16,5%	17%	20%
Antibiotiques pour infections opportunistes***	15%	16%	16%	19%	25%
ARV pour enfant atteint du SIDA***	26%	26%	27%	30%	50%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA***	51%	53%	60%	65%	90%

Indicateurs niveau 2ème référence	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
ARV pour adulte atteint du SIDA***	53%	55%	63%	66%	95%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention***	27%	27%	27%	27%	27%
Prise en charge des tuberculoses modérément résistantes***	18%	18%	18%	18%	18%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (soins au niveau de la 2ème référence)***	54%	50%	55%	56%	60%
Autres urgences aigües****	24%	20%	26%	27%	30%
Prise en charge des échecs aux traitements ARV de 2nde intention***	33%	33%	33%	33%	35%
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes***	20%	20%	22%	22%	25%

Source :* SIH 2007 ; annuaire SLIS 2007 ; *** données d'enquêtes ou études spécifiques ; ****outil bilan « C » 2007**

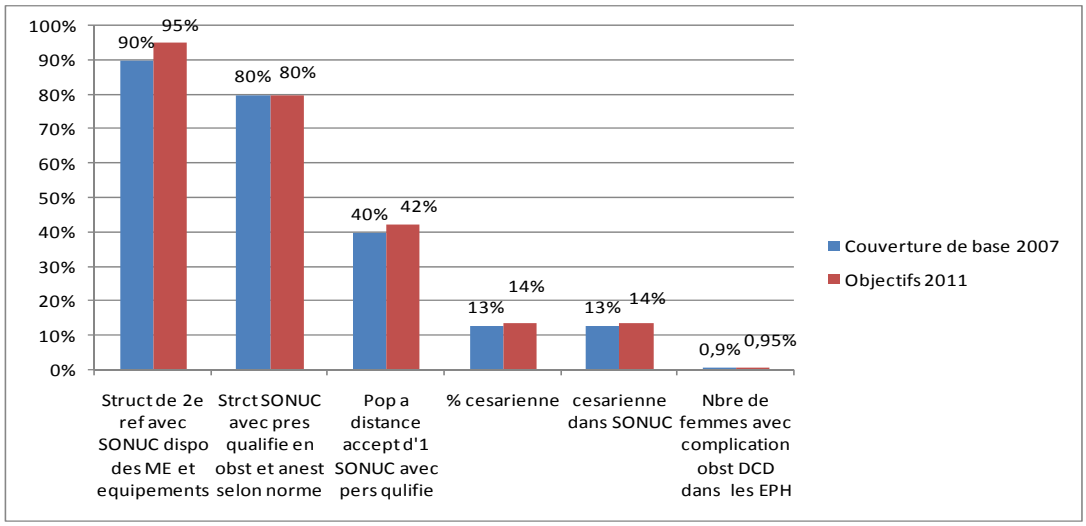
Goulots : Goulots d'étranglement pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets pour Soins cliniques de premier niveau de référence :
L'analyse des interventions « traceurs » fait ressortir que malgré une bonne disponibilité en matériels et personnel qualifié, on enregistre des cas de décès maternel suite à des complications obstétricales (1%) ; ceci dénote (i) une faiblesse dans l'accessibilité des populations à des services SONUC avec personnel qualifié; (ii) un retards dans le recours aux soins au niveau des EPH (iii) et une faible qualité effective des soins.

Tableau X : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 3ème niveau de référence (2009-2011).

Indicateurs niveau 3ème référence	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Proportion d'admissions référées parmi l'ensemble des admissions déclarées	29%	27%	32%	35%	40%
Taux de satisfaction des utilisateurs et utilisatrices	ND				
Proportion d'accouchements dystociques référés	12%	10%	18%	20%	25%
Proportion d'établissements disposant d'un système de gestion des déchets biomédicaux et autres déchets dangereux	100%	100%	100%	100%	100%

Source : SIH 2007

Figure 5 : Utilisation des services pour les soins maternels et néonataux dans les EPH



Stratégies : les stratégies retenues pour lever ces goulots d'étranglements portent sur :

(i) Le renforcement de la participation des EPH au système de référence /évacuation et contre- référence ; (ii) le renforcement du partenariat entre CSREF et EPH
(iii) la supervision et la formation du personnel des CSREF par les EPH, (iv) la formation du personnel des EPH à l'offre de soins de qualité ;(v) le développement de la télémédecine pour la prise en charge des cas compliqués au niveau des structures de 1ère et 2éme référence; (vi) le développement de la recherche.

3. Introduction des nouvelles interventions

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé pour la période 2009-2011 de nouvelles interventions seront mises en œuvre par niveau. Il s'agit de :

a) Au niveau communautaire / familial:

- la prise en charge du paludisme simple par les CTA
- le Zinc pour le traitement de la diarrhée
- la prise en charge communautaire des IRA chez les enfants par le co-trimoxazole
- la prise en charge au domicile des petits poids de naissance.

b) Les Soins préventifs en stratégie avancée et mobile polyvalente:

- le vaccin anti-rotavirus
- le vaccin anti-Haemophilus Inflenza B
- le vaccin anti-méningoccocique
- le vaccin anti-pneumoccocique

c) Au niveau CSCOM:

En centre fixe :

- la prise en charge du palu simple chez les enfants de moins de 5 ans par les CTA et la prévention du palu chez les femmes enceintes par la SP ;
- le vaccin anti-rotavirus
- le vaccin anti-Haemophilus Inflenza B
- le vaccin anti-méningoccocique
- La médicalisation des CSCOM
- La mutualisation pour la couverture des enfants de 0 à 5 ans dans les zones défavorisées (VIH/SIDA).

d) Au niveau CSREF:

- Le renforcement du plateau technique des CSREF par le personnel spécialisé (chirurgiens, pédiatres, gynécologues, ophtalmologues),
- L'introduction de la télémédecine pour la prise en charge des cas compliqués ;
- La mutualisation pour la couverture des enfants de 0 à 5 ans dans les zones défavorisées (VIH/SIDA).

e) Au niveau EPH:

- le renforcement de l'utilisation de la télémédecine pour la prise en charge des cas compliqués ;
- La mutualisation pour la couverture des enfants de 0 à 5 ans dans les zones défavorisées (VIH/SIDA).

V. ANALYSE DU FINANCEMENT DU PRODESS

Dans le PRODESS II une attention particulière a été portée à l'allocation et à la gestion des ressources humaines et financières du secteur de la santé. Les résultats suivants ont été visés : augmentation absolue et relative des dépenses publiques de santé, augmentation de la subvention publique aux régions et groupes défavorisés, aux CSCOM non viables, aux personnels en poste dans les zones difficiles à travers les fonds PPTE, le développement des mécanismes de financement des services de santé essentiels pour les pauvres, décentralisation ainsi que la déconcentration de la gestion.

Analyse de la situation d'exécution sur les trois années du PRODESS II (2005-2006-2007).

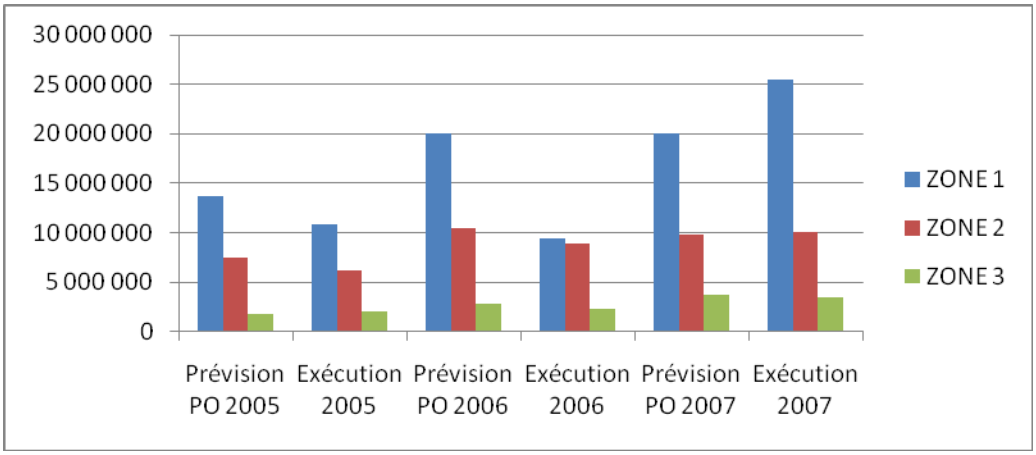
Au cours des trois années de mise en œuvre du PRODESS II, des résultats encourageants ont été enregistrés. Ils sont illustrés par les graphiques ci-dessous.

Figure 6 : Situation d'exécution financière du PRODESS II, année 2005-2007 (en milliers de FCFA)

L'analyse du graphique 6 montre une augmentation des prévisions budgétaires des différents plans opérationnels et une amélioration du niveau d'exécution sur les trois années de mise en œuvre du PRODDESS II.
L'analyse comparative des prévisions budgétaires et de leur niveau d'exécution montre une réduction du déficit de financements marqué surtout en 2007

Cette situation pourrait s'expliquer par l'augmentation des ressources au niveau du secteur de la santé, l'adhésion des partenaires aux appuis budgétaires et les efforts dans la mobilisation des ressources allouées, voir une amélioration /maîtrise des prévisions de plus en plus réalistes.

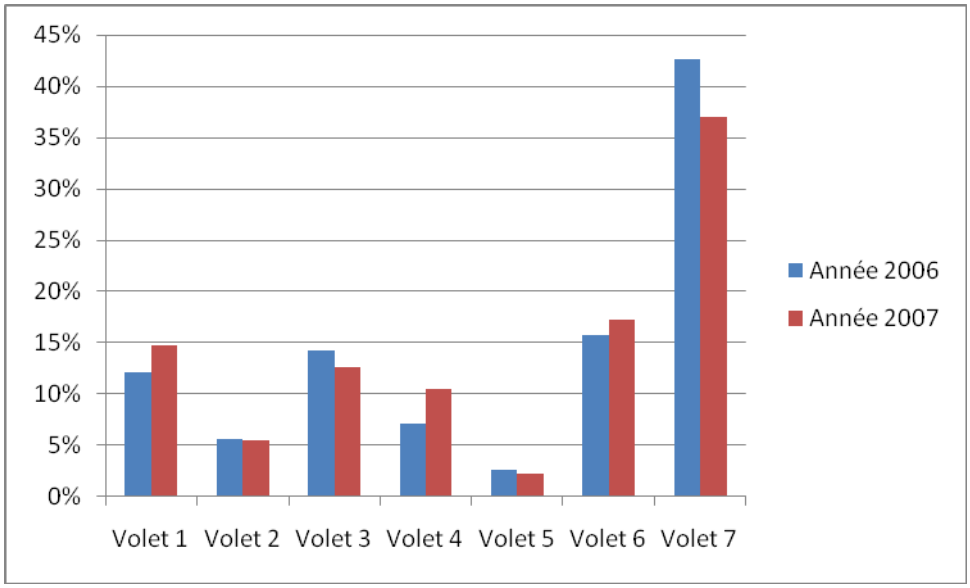
Figure 7 : Analyse comparative de l'exécution financière par zone de pauvreté et par an du PRODESS II (2005-2007) (en milliers de FCFA)



NB : la zone 3 ne prend pas en compte les montants exécutés au niveau des structures centrales

L'analyse de ce graphique montre une augmentation du niveau de financement en faveur des zones de pauvreté ; à la fois en terme de prévision qu'en terme d'exécution.
Nous notons que le niveau d'exécution dépasse les prévisions dans les zones I et II au cours de l'année 2007. Cela s'explique par l'engagement des partenaires à soutenir les efforts de financement dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS ; la maîtrise du niveau de rapportage des données financières y compris les dons et les legs ; l'harmonisation du cycle de planification et budgétisation du PRODESS avec la loi des Finances 2007 ; L'inscription dans la loi des finances 2007 des crédits de l'appui budgétaire sectoriel alloués aux districts sanitaires dans le cadre des efforts de déconcentration; L'interconnexion du réseau informatique de la chaine des dépenses publiques.

Figure 8 : Analyse comparative de la situation d'exécution des dépenses par volet du PRODESS II, année 2006-2007.

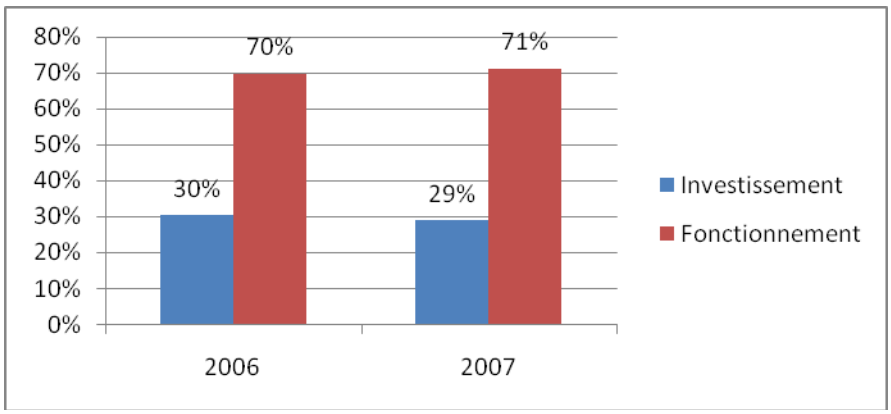


L'analyse de l'exécution des dépenses fait apparaître les constats suivants :

- Une prépondérance des dépenses du volet 7 suivi du volet 6,
- Un faible niveau de financement des volets 2 et 5,
- Une diminution du financement pour le volet 7 entre 2006 et 2007 au profit d'une augmentation pour les volets 1, 4 et 6.

La forte proportion pour le volet 7 s'explique entre autres par les nouvelles créations, (le CREDOS, l'ANSSA, la restructuration de l'INFSS et de la DAF, le démarrage des travaux de construction de l'hôpital de Sikasso...) ; les dépenses d'investissements exécutées au niveau central au profit du niveau opérationnel.

Figure 9 : Analyse comparative de la situation par nature de dépenses du PRODESS II, année 2006- 2007 (investissement/fonctionnement)



L'analyse du graphique 9 montre que l'investissement aussi bien que le fonctionnement sont restés presque stationnaires d'une année à l'autre. L'analyse comparative des deux années montre une augmentation de 40% du fonctionnement par rapport à l'investissement conformément aux orientations du PRODESS II qui met beaucoup plus l'accent sur les dépenses de fonctionnement.

Toutefois le financement du PRODESS II a connu certaines difficultés pendant la même période. Il s'agit entre autres de (s) :

- la persistance de la multiplicité des procédures de mobilisation des ressources financières);
- la dualité des systèmes comptables au niveau de la DAF (comptabilités publique et commerciale) ;
- l'importance du volume des inscriptions budgétaires au niveau central destiné au niveau opérationnel (médicaments, les vaccins, les réactifs, les gros équipements...) ;
- la lourdeur des procédures de passation de marché;
- l'insuffisance de coordination des interventions;
- la méconnaissance des stratégies du programme par une partie de la société civile, les collectivités territoriales et certains acteurs hors secteur santé;
- difficultés de mise en application des décrets 01-115/PM-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS et 02-314/ P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé demeurent;
- l'insuffisance d'intégration des données de certains acteurs dans le SNIS et dans les rapports d'activités (secteur privé, ONG/associations);
- la non cohérence des objectifs avec la disponibilité des ressources humaines qualifiées et la capacité/certitude de mobilisation des ressources financières ;
- le non respect des dispositions du décret 05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaire (CSCOM);
- le retard dans la validation du document de politique de maintenance ;

- le retard dans la transmission des données SIS de la périphérie vers le niveau national à la DNS.

Les stratégies envisagées :

- La poursuite de la déconcentration des crédits dans l'accompagnement de la décentralisation en vue de leurs transferts progressifs aux collectivités territoriales ;
- Le plaidoyer pour l'harmonisation des procédures de mobilisation des fonds, des mécanismes de suivi évaluation et une même coordination nationale ;
- La signature du compact entre le Mali et les partenaires Techniques et Financiers y adhérant dans le cadre de l'accroissement des ressources et la coordination des interventions sous le leadership du gouvernement ;
- Le renforcement de la participation et de la collaboration entre le secteur public, privé et la société ;
- L'élaboration et la validation des guides d'opérationnalisation du décret 314 ;
- La révision des outils de collecte des données prenant en compte les données du secteur privé, para public et communautaire, l'extension du système d'information aux trois secteurs ;
- L'adoption et la mise en œuvre du Plan Stratégique National de développement des ressources humaines pour la santé ;
- La poursuite de l'application de la convention entre le Ministère de la Santé et l'ANICT relative à la maîtrise d'ouvrage déléguée pour la construction des CSCOM ;
- La validation et la mise en œuvre du document de politique de la maintenance ;
- L'adoption et la mise en œuvre du plan stratégique national de renforcement du système de santé ;
- L'adoption et la mise en œuvre du plan national de recherche en santé.

VI- LES SCENARIOS D'OPTIONS DE FINANCEMENT DEVELOPPES

L'objectif primordial dans le cadre de l'élaboration du CDMT est de mettre à disposition un instrument permettant d'opérer les choix de financement et leurs conséquences sur les résultats attendus, donc l'amélioration du niveau des indicateurs.
Le PRODESS II a été élaboré dans une logique d'accélération de l'atteinte des résultats. Les orientations du CSCRP et les engagements pris dans les arrangements spécifiques convenus avec les PTF notamment dans le cadre des appuis budgétaires commandent aux secteurs d'améliorer les résultats et d'utiliser les ressources le plus efficacement que possibles. Dès lors les secteurs dans les schémas de financement développés doivent être en phase avec ces directives. Aussi, selon la situation macroéconomique et les possibilités de ressources additionnelles potentiellement mobilisables, des choix peuvent être opérés dans les options de financement proposées et cela conjointement avec les partenaires. Ceci permet également de gérer la question de redevabilité qui est un des piliers de la Déclaration de Paris.

Ainsi un choix éclairé de l'option de financement sera opéré assorti des résultats attendus du secteur de façon à faciliter le dialogue pendant la revue.

En conséquence, une estimation des besoins pour l'accélération de l'atteinte des objectifs du PRODESS II prolongé a été faite, basée sur les scénarios suivants : Scénario minimum, Scénario moyen, Scénario maximum.
Une autre estimation basée sur les financements disponibles a été faite: Scénario ressources disponibles.

Pour chacun des scénarios développés, les résultats liés au niveau de financement ont été déterminées pour éclairer la prise de décision :

- Scénario minimum: Il porte sur l'estimation des besoins de ressources financières nécessaires pour permettre de rehausser légèrement les résultats obtenus donc le maintien des acquis en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population.

- Scénario moyen : Il est basé sur la perspective d'une disponibilité de ressources additionnelles au cours de la mise en œuvre en vue d'un passage à échelle des stratégies.
- Scénario maximum : Il permet d'estimer les besoins en ressources financières pour l'atteinte des objectifs du PRODESS II prolongé.

Scénario ressources disponibles : Dans le développement de cette option, il est nécessaire de procéder à un choix des interventions à mettre en œuvre pour illustrer la notion de gestion axée sur les résultats. Malgré cette disposition, il ressort que ce scénario pourrait conduire à une baisse de performance dans ***certains indicateurs essentiels pour l'atteinte des OMD.***

Les ressources annoncées, ciblées sur des interventions connues ne permettent pas une ventilation par volet et par catégorie de dépense, néanmoins l'idéal serait de pouvoir allouer ces ressources à des interventions choisies en vue d'une augmentation des couvertures. Un contexte de fongibilité de ressources faciliterait la mise en œuvre des activités à tous les niveaux, contrairement au ciblage des fonds qui n'est pas favorable à une intégration des interventions.

NB : Il est à rappeler que la méthodologie pour budgétiser le coût des stratégies proposées en phase avec les résultats a été développée à partir de deux modèles de simulation. Le premier modèle prend en compte les interventions permettant l'accélération vers l'atteinte des OMD, le second prend en compte les interventions de soutien à l'atteinte des OMD.
Il faut également noter que chaque scénario comporte trois années de prévision : 2009,2010 et 2011.

VII - ELEMENTS DE COÛTS ADDITIONNELS

La méthodologie pour budgétiser le coût des stratégies proposées a été développée à partir de deux modèles de simulation.

Le premier modèle prend en compte les interventions permettant l'accélération vers l'atteinte des OMD, le second prend en compte les interventions de soutien à l'atteinte des OMD.
Le premier modèle prend en considération non seulement les coûts généraux communs à la levée des goulots d'étrangement pour la mise en œuvre des interventions dans les divers modes de prestations de service –par exemple le coût salarial ou du transport–, mais aussi les coûts liés à l'augmentation de couverture des interventions spécifiques –par exemple les coûts des vaccins additionnels administrés quand la couverture vaccinale augmente suite au renforcement de la stratégie avancée.

Une première analyse plus précise a été faite sur les interventions prioritaires qui doivent passer à l'échelle (la PTME, la prise en charge communautaire des IRA ; la prise en charge du VIH/SIDA dans les CSREF...). Les goulots d'étranglements à leur mise en œuvre et à leur passage à l'échelle ont été identifiés.

Niveau de prestation	Déterminants clés	Investissements principaux	Coûts récurrents
Familial et communautaire	Utilisation initiale	Achats des outils d'IEC	Formation et recyclage des relais leaders communautaires et des élus locaux
	Continuité	bicyclette ou âne ou chameaux selon les réalités de chaque zone	Achats des médicaments essentiels
	Qualité		supervision mensuelle de la part de l'infirmier du CSCOM
			Autres motivation des relais (frais de transport pour réunions et formation
			Mise à échelle des activités de CCC et promotion des bonnes pratiques familiales
Service orientés vers la population	Disponibilité (du personnel	Recrutement du personnel qualifié	Salaire des nouveaux agents recrutés

Niveau de prestation	Déterminants clés	Investissements principaux	Coûts récurrents
(stratégie avancée)	qualifié)		
	Utilisation initiale	Achat des outils d'IEC	La formation des relais, chefs de ménage et leaders communautaires en PF
		Achat de motos T .T	Carburant et l'entretien
	Utilisation continue		Activité de CCC pour la PF
	Qualité		Suivi, la supervision, la prise en compte des données des relais
			Mise à échelle des activités de CCC et promotion des bonnes pratiques familiales, et de soins
Centre fixe (CSCOM)	accessibilité géographique	construction de CSCOM supplémentaires et la réhabilitation certains CSCOM	Entretien des bâtiments
		construction de logements d'astreinte du personnel de CSCOM	Entretien des logements
	Disponibilité (du personnel qualifié)	Recrutement du personnel qualifié	Salaire et prime des nouveaux agents recrutés
	Utilisation des services	équipement pour les SONUB	Gratuites des certains médicaments (CTA, SP, les moustiquaires …)
		Equipement pour la chaîne de froid (réfrigérateur, congélateur, caisse isotherme, porte vaccin**.....)**	fonctionnement de la chaîne de froid
	Qualité des soins offerts	Matériel d'IEC	le renforcement du monitorage, de la supervision du personnel
CSREF	Accessibilité	construction de	

Niveau de prestation	Déterminants clés	Investissements principaux	Coûts récurrents
	géographique aux soins cliniques	CSREF supplémentaires et la réhabilitation de certains CSREF existants	
		logements d'astreinte pour le personnel impliqué dans la prise en charge des urgences	
		Renouvellement des ambulances pour référence /évacuation	Maintenance des ambulances
	Accessibilité financière		Subvention médicaments essentiels et consommables (CTA, kit pour palu grave, kits pour césarienne, ARV et médicaments pour infections opportunistes, moustiquaires imprégnés, contraceptifs....)
	Utilisation initiale	La formation des spécialistes	formation des acteurs en micro planification et en supervision
	La qualité	Le recrutement des spécialistes	Formation continue du personnel dans la qualité des soins
		Equipements complémentaires pour SONUC	Promotion et Mise à échelle des bonnes pratiques de soins
EPH 2ème niveau de référence	Accessibilité géographique (à des services SONUC)	Achat d'ambulances pour les EPH	Entretien des ambulances
	Accessibilité financière		Subvention médicaments essentiels et consommables (kits pour césarienne et palu grave...)
	Qualité des soins	construction des nouvelles écoles	Formation continue / recyclage du

Niveau de prestation	Déterminants clés	Investissements principaux	Coûts récurrents
		d'infirmiers réhabilitation des écoles existantes	personnel
			Supervision de la qualité de la formation au sein des écoles et sur les lieux de stage
		Equipement pour les SONUC (couveuse, appareil de réanimation	Consommables pour SONUC
			Supervision des EPH vers les Districts
EPH 3ème niveau de référence	Accessibilité géographique (à des soins de référence dans les EPH)	Extension de certains EPH et EPST (centre de radiothérapie et d'oncologie, l'institut de cardiologie, l'unité de transplantation rénale et le centre des grands brûlés...)	Subvention pour l'achat de certains médicaments et consommables (anticancéreux, dialyse rénale..)
		Acquisition d'ambulances médicalisées pour les EPH	
		Construction CHU rive droite (Yirimadio)	
	Qualité des soins	Le développement de la télémédecine	Formation continue du personnel Formation initiale des spécialistes
		systèmes de gestion des déchets bio médicaux (achat d'incinérateurs)	

Les coûts additionnels on été révisés au regard des nouveaux engagements de l'Etat (mesures institutionnelles telles que la décentralisation, la restructuration des services, le renforcement des structures de références CSREF, EPH y compris la construction du nouveau CHU de Yirimadio entre autres, la mise à échelle des activités de lutte contre le paludisme ,le VIH/SIDA et la tuberculose, la gratuité de la

césarienne, etc.). Il prend en compte le nouveau cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et les objectifs de développement du millénaire.

La synthèse des différents éléments de coûts additionnels est annexée au document. Les tableaux ci –dessous sont relatifs aux volets, aux catégories de dépense du PRODESS II prolongé, à la nomenclature budgétaire de l'Etat et aux programmes du budget programme.
Ces tableaux mettent en cohérence les préoccupations du Département de la Santé à celles du Ministère de l'Economie et des Finances, ils facilitent ainsi les comparaisons entre les volets du programme et les nomenclatures budgétaires de l'Etat.

A titre de rappel les 7 volets du PRODESS II prolongé sont:

VOLET 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires
VOLET 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines
VOLET 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux
VOLET 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire
VOLET 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation
VOLET 6 : Reforme des établissements Hospitaliers et autres établissements de recherche
VOLET 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation

Tableau XI**:** Coûts additionnels par volet et par scénario (en milliers de FCFA)

	Minimum	Moyen	Maximum
TOTAL VOLET 1 :	25 533 234	38 855 622	51 086 916
TOTAL VOLET 2	22 981 590	22 981 590	31 685 597
TOTAL VOLET 3 :	32 090 235	36 328 163	51 705 782
TOTAL VOLET 4 :	26 450 806	32 148 247	33 320 312
TOTAL VOLET 5 :	39 211 312	45 873 878	46 132 185
TOTAL VOLET 6 :	27 860 971	32 121 912	41 358 986
TOTAL VOLET 7 ;	8 994 242	9 676 740	10 684 389
TOTAL GENERAL	**183 122 390**	**217 986 153**	**265 974 168**

L'analyse du tableau XI montre une attention particulière accordée à (i) l'accessibilité financière des populations aux soins (volet 5) par la subvention de certains médicaments et consommables : CTA , ARV, Azythromycine, les anticancéreux , les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la gratuité des actes comme la césarienne, la chirurgie de la cataracte et du trichiasis dans le cadre de l'opération Milagro…) ,(ii) l'accessibilité géographique des populations aux soins (volet 1): stratégie avancée , équipe mobile polyvalente ,l'acquisition d'équipement et de matériel roulant , (iii) la disponibilité des médicaments essentiels, vaccins, consommables et réactifs (volet 3).

Cependant un effort important doit être fait pour la disponibilité et la stabilité des ressources humaines qualifiées de qualité à tous les niveaux du système de santé ainsi que la qualité des soins.

Il faut aussi noter l'importance du renforcement du système de santé à travers la formation, l'équipement des structures d'encadrement, de coordination et de recherche, la construction et l'équipement des nouvelles structures hospitalières (Yirimadio, Sikasso , Mopti…) la prise en compte des maladies prioritaires (Palu, TB, VIH/SIDA) la formation des spécialistes pour les structures périphériques.

Le tableau ci-dessous présente les coûts additionnels couvrant la période de 2009 à 2011 suivant les catégories de dépense du PRODESS II prolongé

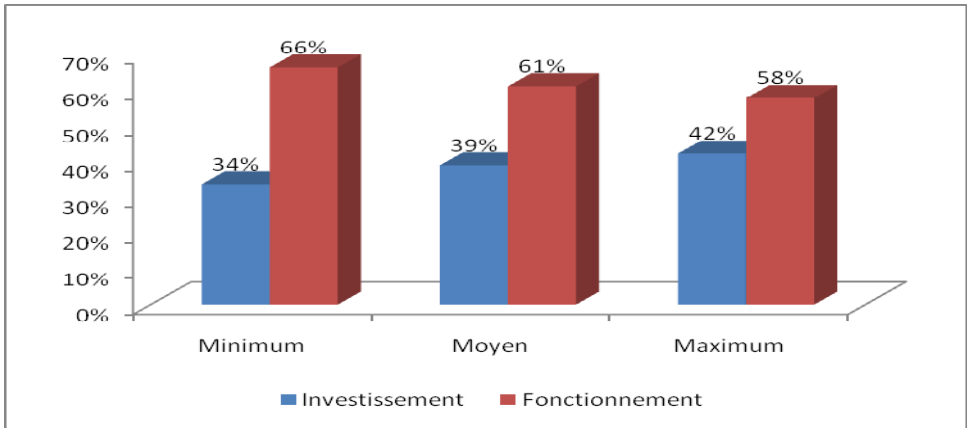
Tableau XII **: Coûts additionnels par catégorie de dépense et par scénario** (en milliers de FCFA)

CATEGORIE DE DEPENSE	Minimum	Moyen	Maximum
I- 1.Equipements Techniques	25 566 554	29 375 782	34 962 276
I- 2 Mobiliers de bureau et Informatiques	1 369 367	1 593 715	1 795 408
I-3. RAC	0	0	0
I-4 appareillages	0	0	0
I-5.Génie civil	24 743 620	37 075 374	51 542 928
I-6.Forages	463 701	660 257	846 297
I-7. Matériels de transport	1 100 612	1 225 555	1 317 823
I-8 Etudes et recherches	729 000	753 000	783 000
I-9. Formations de longue durée (diplomantes)	7 717 206	14 112 326	20 934 646
I-10 Assistance technique	47 592	62 284	75 493
F-1 Formation continue moins d'1 an/ recyclage	769 792	1 157 441	1 563 199
F-2. Supervision, monitorage et inventaire	1 224 174	1 839 184	2 200 266
F-3. Planification et coordination	379 500	442 000	480 500
F-4.Salaires et Accessoires	4 727 658	5 505 840	6 647 598
F-5 Primes et indemnités	38 195 102	44 827 283	44 912 947
F-6. Médicaments, Réactifs et gaz médicaux	2 300 962	2 646 825	3 265 408
F-7.Vaccins	28 253 087	31 297 080	45 228 909
F.8. Outils IEC	24 987 660	28 999 182	29 565 129
F-9. Consommables	415 880	469 026	548 744
F-10. Supports de gestion	585 000	585 000	585 000
F-11. Entretien et réparation	3 789 734	4 811 109	6 139 806
F-12. Alimentation	0	0	0
F-13 Subvention	2 280 645	2 769 457	3 804 725
F-14.Communication et Energie	250 592	347 071	423 532
F-15. Autres dépenses de fonctionnement	13 224 952	7 431 361	8 350 535
TOTAL	**183 122 391**	**217 986 153**	**265 974 168**

L'analyse du tableau XII montre l'importance des nouveaux besoins aux niveaux des catégories suivantes : primes et salaires, équipement, génie civil (construction, réhabilitation et rénovation de certains CSCOM et CSREF, de nouvelles directions centrales et régionales, l'extension de certaines structures hospitalières y compris le CHU de Yirimadio, les EPH de Sikasso et Mopti) et vaccins. Cette augmentation s'explique par la mise en œuvre de la politique de développement des ressources humaines, l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV, la mise à échelle de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le renforcement institutionnel et la recherche.

En outre il faut aussi noter que les RAC et les appareillages sont inclus dans les équipements complets et complémentaires de structures bénéficiaires.

Figure 10: Coûts additionnels par nature de dépense et par scénario pour la période 2009-2011 (en %)



Malgré la prédominance de certaines catégories d'investissement on constate que le fonctionnement est plus élevé que l'investissement dans tous les scénarios. En effet il représente respectivement 66% pour le scénario minimum, 61% pour le scénario moyen et 58% pour le scénario maximum.
Il faut toutefois noter certains investissements relatifs au génie civil notamment la construction du CHU de Yirimadjo, les EPH des régions de Mopti et de Sikasso, l'équipement technique et les formations de longue durée (spécialisations).

Le tableau ci-dessous présente les coûts additionnels du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 suivant la nomenclature budgétaire de l'Etat.

L'équivalence entre les catégories de dépense du PRODESS II et la nomenclature budgétaire de l'Etat est présentée ci-dessous :

Nomenclature budgétaire de l'Etat	Catégories de dépense du PRODESS II
Personnel	• Salaires et accessoires de salaires, • Primes et indemnités, • Formation longue durée, • Formation de moins d'un an et recyclage
Matériels et fonctionnement	• Mobiliers de bureau et informatique, • Outils IEC, • Appareillages, • Support de gestion, • Consommables, • Entretien et réparation, • Alimentation, • Autres dépenses de fonctionnement • Médicaments, réactifs, gaz médicaux • Vaccins

Nomenclature budgétaire de l'Etat	Catégories de dépense du PRODESS II
Frais de mission et transport	• Supervision, monitorage et inventaire
Communication et énergie	• Energie et communication, • RAC
Autres Dépenses	• Planifications et coordination,
Transfert et subventions	• Subventions
Equipements et Investissements	• Equipement technique • Matériel de transport
Travaux et constructions	• Génie civil • Forages
Etudes et recherches	• Etudes et recherches

Tableau XIII : Coûts additionnels par nomenclature budgétaire de l'Etat (en milliers de FCFA)

Nomenclature budgétaire de l'Etat	**Minimum**	**Moyen**	**Maximum**
Personnel	42 970 353	50 395 408	51 636 038
Matériel et fonctionnement	61 701 690	70 401 936	87 128 404
Frais de mission et transport	1 603 674	2 281 184	2 680 766
Communication et énergie	250 592	347 071	423 532
Autres dépenses	21 711 950	22 701 128	30 848 380
Transferts et subventions	2 280 645	2 769 457	3 804 725
Equipements et investissement	27 130 867	31 261 595	37 126 396
Travaux et constructions	24 743 620	37 075 374	51 542 928
Etudes et recherches	729 000	753 000	783 000
TOTAL	**183 122 391**	**217 986 153**	**265 974 168**

L'analyse du tableau XIII révèle que les 3 postes de dépense importants sont : le matériel et le fonctionnement, le personnel et l'équipement.

Le tableau ci-dessous, présente les coûts additionnels du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 suivant les programmes du budget programme.

L'équivalence entre les volets du PRODESS II et les programmes du budget-programme est présentée ci-dessous :

- Programme 1 = Volet 7 du PRODESS II
- Programme 2 = Volet 1 et Volet 4 du PRODESS II
- Programme 3 = Volet 3 et volet 5 du PRODESS II
- Programme 4 = Volet 2 du PRODESS II
- Programme 5 = Volet 6 du PRODESS II

Tableau XIV **: C**oûts additionnels par programmes du budget-programme et par scénario (en milliers de FCFA)

Programmes du budget programme	Minimum	Moyen	Maximum
P1: Administration générale, renforcement institutionnel et décentralisation	8 994 242	9 676 740	10 684 389
P2: Extension de la couverture sanitaire et amélioration de la qualité des services de santé, prévention et lutte contre la maladie	84 074 275	107 332 032	136 113 011
P3: Accessibilité financière aux soins de santé et participation	39 211 312	45 873 878	46 132 185
P4: Développement des ressources humaines	22 981 590	22 981 590	31 685 597
P5: Reforme et renforcement des hôpitaux, institutions de recherche et établissements spécialisés	27 860 971	32 121 912	41 358 986
TOTAL	**183 122 390**	**217 986 153**	**265 974 168**

L'analyse du tableau XIV montre que de gros efforts de prévision de financement sont faits en matière d'extension de la couverture sanitaire, d'amélioration de la qualité des services de santé, de prévention et lutte contre la maladie. Cependant un accent doit être mis sur le développement de ressources humaines qualifiées de qualité pour la santé.

VIII – LES COUTS DE BASE

Les coûts de base ont été dégagés sur la base du Plan opérationnel 2007 validé. Ils prennent en compte l'ensemble des besoins exprimés par les structures de mise en œuvre du PRODESS II.

IX- LES PREVISIONS DE FINANCEMENT POUR LA PERIODE 2009-2011

Les financements pour la période sont estimés selon les scénarios comme suit :

- Scenario ressources annoncées : 405 220 125 000 FCFA
- Scenario minimum : légère augmentation des couvertures : 474 252 637 000 FCFA
- Scenario moyen : logique ressources additionnelles: 509 116 400 000 F.CFA
- Scenario maximum : logique objectif PRODESS II prolongé: 557 104 414 000 F.CFA

Certains tableaux de besoins sont présentés ci –dessous :

Tableau XV **:** Coûts réels par volet de la composante santé du PRODESS II prolongé **(**en milliers de Fcfa**)**

	Minimum	Moyen	Maximum
TOTAL VOLET 1	64 219 785	77 542 173	89 773 467
TOTAL VOLET 2	39 072 261	39 072 261	47 776 268
TOTAL VOLET 3	69 614 380	73 852 309	89 229 928
TOTAL VOLET 4	59 663 068	65 360 509	66 532 574
TOTAL VOLET 5	46 391 404	53 053 970	53 312 277
TOTAL VOLET 6	73 932 133	78 193 074	87 430 148
TOTAL VOLET 7	121 359 605	122 042 103	123 049 752
TOTAL GENERAL	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

L'analyse du tableau XV montre une prédominance des volets 7, 6, 1 et 3. L'importance du volet 7 s'explique par l'accent mis sur le renforcement institutionnel dans le cadre de la bonne gouvernance et de la décentralisation. En outre, il prend aussi en compte le renforcement du système d'information, de communication et le renforcement du suivi-évaluation.

Le volet 6 prend en compte l'accélération de la mise en œuvre des projets d'établissements hospitaliers, le développement de la recherche en santé et de la télémédecine.
Le volet 3 prend en compte les nouveaux vaccins, les ARV, les CTA, les antituberculeux, les anticancéreux et les moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée.

Quant au volet 1, il est axé sur l'extension de la couverture géographique notamment les constructions de nouveaux CSCOM et leurs équipements, la réhabilitation d'anciens Cscom et Csref.

Tableau XVI **:** Coûts réels par catégorie de dépense et par scénario (en milliers de FCFA)

CATEGORIE DE DEPENSE	Minimum	Moyen	Maximum
I- 1.Equipements Techniques	54 242 048	58 051 276	63 637 770
I- 2 Mobiliers de bureau et Informatiques	5 100 506	5 324 854	5 526 547
I-3. RAC	666 846	666 846	666 846
I-4 Appareillages	116 649	116 649	116 649
I-5.Génie civil	57 576 742	69 908 496	84 376 050
I-6.Forages	1 043 829	1 240 385	1 426 425
I-7. Matériels de transport	7 613 387	7 738 330	7 830 598
I-8 Etudes et recherches	10 394 571	10 418 571	10 448 571
I-9. Formations de longue durée (diplomantes)	10 851 835	17 241 238	24 061 565
I-10 Assistance technique	1 813 680	1 828 372	1 841 581
F-1 Formation continue moins d'1 an/ recyclage	16 342 486	16 730 135	17 135 893
F-2. Supervision, monitorage et inventaire	10 705 308	11 320 318	11 681 400
F-3. Planification et coordination	8 570 478	8 632 978	8 671 478
F-4.Salaires et Accessoires	34 568 955	35 347 137	36 488 895
F-5 Primes et indemnités	42 330 917	48 963 098	49 048 762
F-6. Médicaments, Réactifs et gaz médicaux	33 879 447	34 225 310	34 843 892

CATEGORIE DE DEPENSE	Minimum	Moyen	Maximum
F-7.Vaccins	45 769 427	48 813 420	62 745 249
F.8. Outils IEC	26 824 101	30 835 623	31 401 570
F-9. Consommables	6 939 494	6 992 640	7 072 358
F-10. Supports de gestion	1 168 548	1 168 548	1 168 548
F-11. Entretien et réparation	6 799 853	7 821 228	9 149 925
F-12. Alimentation	669 960	669 960	669 960
F-13 Subvention	33 970 674	34 459 486	35 494 754
F-14.Communication et Energie	6 320 228	6 416 707	6 493 168
F-15. Autres dépenses de fonctionnement	49 972 668	44 184 794	45 105 961
TOTAL	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

Tableau XVII **:** Coûts réels par nature de dépense et par scénario (en milliers de FCFA)

Rubrique de dépense	Minimum	Moyen	Maximum
INVESTISSEMENT	149 420 093	172 535 019	199 932 602
FONCTIONNEMENT	324 832 544	336 581 381	357 171 812
TOTAL GENERAL	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

De L'examen de ces tableaux (XVI et XVII), il ressort que le volume des ressources affectées aux dépenses de fonctionnement pendant la période 2009-2011 est largement plus important que celui affecté à l'investissement contrairement au PRODESS I où l'accent était mis sur l'investissement. Ceci explique l'effort de renforcement des acquis dans le PRODESS II.

Tableau XVIII **:** Coûts réels par programmes du Budget – Programme et par scénario (en milliers de FCFA)

Programmes du budget programme	Minimum	Moyen	Maximum
P1: Administration générale, renforcement institutionnel et décentralisation	121 359 605	122 042 103	123 049 752
P2: Extension de la couverture sanitaire et amélioration de la qualité des services de santé, prévention et lutte contre la maladie	193 497 233	216 754 991	245 535 969
P3: Accessibilité financière aux soins de santé et participation	46 391 404	53 053 970	53 312 277
P4: Développement des ressources humaines	39 072 261	39 072 261	47 776 268
P5: Reforme et renforcement des hôpitaux, institutions de recherche et établissements spécialisés	73 932 133	78 193 074	87 430 148
TOTAL	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

L'analyse du tableau XVIII montre l'importance du programme 2 qui regroupe les Volets 1 et 4 du PRODESS II relatifs à l'extension de la couverture sanitaire,

l'amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie.
Il apparait clairement qu'un accent doit être mis sur le développement de ressources humaines qualifiées de qualité pour la santé
En effet le programme 2 représente respectivement 41%, pour le Scénario minimum, 43% pour le scénario moyen et 44% pour le scénario maximum, des totaux des coûts réels.

X - LE COUT TOTAL DES PREVISIONS DE FINANCEMENT DU PRODESS II PROLONGE

Le coût total de la composante santé du PRODESS II prolongé (2009- 2011) comprend les coûts de base et les coûts additionnels.
Ce coût est constitué des montants des plans opérationnels validés de 2007 et 2008 et les projections prenant en compte les nouvelles préoccupations du secteur pour les années 2009, 2010 et 2011.

Les tableaux ci-dessous présentent le coût total du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 par scénario.

Tableau XIX : Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scenario minimum (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL VOLET 1	25 722 619	20 742 433	17 754 733	64 219 785
TOTAL VOLET 2	10 611 326	12 874 698	15 586 237	39 072 261
TOTAL VOLET 3	17 461 340	22 673 843	29 479 198	69 614 380
TOTAL VOLET 4	15 500 271	19 879 237	24 283 559	59 663 068
TOTAL VOLET 5	5 390 557	12 915 582	28 085 265	46 391 404
TOTAL VOLET 6	23 245 462	24 075 296	26 611 375	73 932 133
TOTAL VOLET 7	40 673 104	40 152 860	40 533 642	121 359 605
TOTAL GENERAL	**138 604 679**	**153 313 949**	**182 334 009**	**474 252 637**

Le tableau XIX fait ressortir les besoins en ressources financières nécessaires pour une légère augmentation des couvertures en matière de santé.

Tableau XX : Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scénario moyen (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL VOLET 1	33 094 840	24 786 615	19 660 719	77 542 173
TOTAL VOLET 2	10 611 326	12 874 698	15 586 237	39 072 261
TOTAL VOLET 3	18 303 452	24 013 230	31 535 627	73 852 309
TOTAL VOLET 4	16 427 908	21 761 391	27 171 210	65 360 509
TOTAL VOLET 5	5 879 484	14 698 745	32 475 742	53 053 970
TOTAL VOLET 6	24 636 438	25 484 013	28 072 623	78 193 074
TOTAL VOLET 7	40 882 432	40 377 406	40 782 265	122 042 103
TOTAL GENERAL	**149 835 881**	**163 996 097**	**195 284 422**	**509 116 400**

Le tableau XX fait ressortir en cours de mise en œuvre, la perspective de ressources additionnelles permettant le renforcement de certaines interventions prioritaires.

Tableau XXI: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) du scénario maximum (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
TOTAL VOLET 1	39 590 441	28 523 171	21 659 855	89 773 467
TOTAL VOLET 2	10 840 783	13 949 812	22 985 673	47 776 268
TOTAL VOLET 3	20 765 859	28 884 030	39 580 039	89 229 928
TOTAL VOLET 4	16 632 857	22 148 480	27 751 237	66 532 574
TOTAL VOLET 5	5 966 540	14 780 930	32 564 807	53 312 277
TOTAL VOLET 6	27 720 279	28 554 413	31 155 457	87 430 148
TOTAL VOLET 7	41 226 892	40 700 806	41 122 054	123 049 752
TOTAL GENERAL	**162 743 651**	**177 541 643**	**216 819 121**	**557 104 414**

Le tableau XXI fait ressortir les besoins de financement nécessaire à l'atteinte des objectifs du PRODESS II prolongé dans le cadre de l'accélération vers les OMD-Santé.

Tableau XXII: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) par niveau et par scénario (en milliers de FCFA)

	Minimum	Moyen	Maximum
Niveau Région	284 551 582	305 469 840	334 262 649
Niveau EPH 3eme référence	47 425 264	50 911 640	55 710 441
Niveau Central	142 275 791	152 734 920	167 131 324
Total	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

Le tableau XXII fait ressortir les besoins de financement par niveau et par scénario en respectant les proportions de 60% pour le niveau régional y compris les EPH de 2eme référence, 10% pour les EPH de 3eme référence et 30% pour le niveau central.

Tableau XXIII: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) par zone de pauvreté et par scénario (en milliers de FCFA)

	Minimum	Moyen	Maximum
Zone 1 de pauvreté	211 516 676	227 065 914	248 468 569
Zone 2 de pauvreté	139 430 275	149 680 221	163 788 698
Zone 3 de pauvreté	123 305 686	132 370 264	144 847 148
Total	**474 252 637**	**509 116 400**	**557 104 414**

Conformément au rapport d'activité [1] de l'année de base (2007), le tableau XXIII fait ressortir les besoins de financement par zone de pauvreté.
Il reste entendu que cette répartition ne prend pas en compte les exécutions des structures centrales et des EPH de 3eme référence qui sont transversaux aux trois zones de pauvreté. La prise en compte de cette préoccupation a permis la détermination d'une répartition entre les trois zones de pauvreté.

[1] Rapport financier DAF/MS du Comité Technique mai 2008

Ce tableau fait également apparaître la tendance souhaitée d'allocation des ressources par zones de pauvreté selon les scénarios. On constate que la zone la plus pauvre (zone 1) est la plus dotée en ressources.

XI- LES FINANCEMENTS DISPONIBLES POUR LA PERIODE 2009-2011

Les financements disponibles sont constitués des prévisions de dotation du secteur de la santé inscrites dans le cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du Ministère des Finances qui prend en compte les hypothèses macroéconomiques, les annonces de financements faites par les Partenaires Techniques et Financiers, les recouvrements de coûts , l'appui des collectivités et des communautés.

Le cadrage budgétaire à moyen terme (CBMT) sert de cadre de programmation des financements du cadre stratégique pour la croissance et la réduction de pauvreté (CSCRP) 2007-2011. A ce titre il prend en compte les hypothèses macroéconomiques ainsi que les hypothèses de projection des différents scénarios du cadrage. Il définit les projections de dotations de chaque secteur, celles relatives au secteur de la Santé sont présentées dans certains tableaux ci-dessous par source de financement.

Tableau XXIV **:** Appui budgétaire sectoriel (en milliers de francs CFA)

		2009	2010	2011	Total
Pays-Bas	Destination PRODESS	2 230 254	2 230 254	2 230 254	6 690 761
Suède	Destination PRODESS	2 044 718	2 044 718	?	4 089 435
Canada	Destination PRODESS	5 327 511	5 708 048	6 278 852	17 314 411
Espagne	(pas encore signé)	1 311 914	1 311 914	1 311 914	3 935 742
	Total Appui Budgétaire	10 914 396	11 294 933	9 821 020	32 030 349
	ABS pris dans le CBMT	9 053 986	10 888 289	11 283 465	31 225 740
	ABS hors CBMT	1 860 410	406 644	0	2 267 054

Nota Bene: les points d'interrogations sont des annonces encore attendues

De l'analyse du tableau XXIV, il ressort que sur les 32 milliards annoncés par les partenaires au titre de l'Appui Budgétaire sectoriel, seulement 31 milliards sont inscrits dans le CBMT.

Malgré la non-signature de la convention de financement Espagnole on constate des écarts dans les dotations budgétaires relatives aux appuis budgétaires sectoriels et celles du CBMT. Ainsi :

- en 2009 il y a une dotation budgétaire de 548, 496 millions en moins ;
- en 2010 il y a un surplus de dotation budgétaire de 905,270 millions ;
- en 2011 il y a un surplus de dotation budgétaire de 150,531 millions.

Tableau XXV : **Budget spécial d'investissement : financement extérieur (en milliers de francs CFA)**

		2009	2010	2011	Total
Pays-Bas	**Santé Reproductive/ Destination? (pas encore signé)**	**2 623 828**	**3 279 785**	**3 935 742**	**9 839 355**
USAID MALI	Malaria, Santé de la Reproduction/Planification familiale, Survie de l'Enfant, VIH/SIDA (dont 2 millions$ à titre de financement direct à la DAF/Min Santé pour les services centraux, régionaux et cercles)	15 503 680	15 503 680	15 503 680	46 511 040
Espagne	Programme de santé de la reproduction avec MS et ONFP-Région de Kayes	393 574	393 574	393 574	1 180 723
Canada	Appui régional Kayes, Gao, Tombouctou, Kidal	1 325 610	993 424		2 319 034
	Appui INFSS	?	?	?	
	PASEI	?	?	?	
AFD	Appui à la région de Mopti	1 574 297	1 967 871	22 958	3 565 126
OMS		1 703 951	1 744 164	1 744 164	5 192 279
CTB	Appui à la région de Mopti	1 574 297	1 967 871	22 958	3 565 126
UNICEF	Appui au PRODESS (PEV, SONU, SANPLAT, PTME, Nutrition, Suivi)	5 354 751	5 068 660	5 096 784	15 520194
PAM	Appui en vivres aux structures de santé des régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal et Bamako (valeur des produits alimentaires sans le coût de transport)	4 075 585	3 648 388	0	7 723 972
	Sous Total BSI Extérieur	**34 129 572**	**34 567 417**	**26 719 861**	**95 416 850**
	BSI extérieur pris dans le CBMT	14 734 000	14 810 616	14 772 108	44 316 724
	BSI extérieur hors CBMT	19 395 572	19 756 801	11 947 753	51 100 126

Nota Bene: les points d'interrogations sont des annonces encore attendues

L'analyse du tableau XXV montre un écart entre les annonces et les dotations du CBMT dû à la non prise en compte des financements de certains partenaires dans le budget spécial d'investissement.

Tableau XXVI : Autres financements extérieurs hors budget d'Etat (en milliers de francs CFA)

		2009	2010	2011	Total
Pays Bas	**FENASCOM**	**69 200**			**69 200**
	AMPPF	655 957	655 957	655 957	1 967 871
Canada	ISSA (Initiative Système de Santé en Afrique) (pas encore signé)	?	?	?	0
Espagne	ONGs	459 170	459 170	459 170	1 377 510
	OOII (UNICEF, PAM)	787 148	787 148	787 148	2 361 445
Helen Keller Int. HKI	DPLM/DRS (9)-MTN	484 490	363 368	0	847 858
	DRS Koulikoro (malnutrition)	242 245	0	0	242 245
	PNLC	60 561	60 561	60 561	181 684
	DRS Mopti, Gao (malnutrition)	60 561	60 561	60 561	181 684
Handicap International	Formation au personnel de la réadaptation fonctionnelle et de la santé	28 000	0	0	28 000

		2009	2010	2011	Total
	Appui au secteur de la réadaptation fonctionnelle (stratégies avancçées CNAOM et CRAORF, démarche Qualité)	10 700	0	0	10 700
	Financement appareillages et soins kinés (Fonds Social)	39 000			39 000
	AGR et formation pour personnes handicapées	18 000	35 000	0	53 000
	Renforcement associations de personnes handicapées et de patients diabétiques (formation)	9 100	0	0	9 100
	Financement activités des associations de personnes handicapées et de patients diabétiques	52 500	43 500	0	96 000
DCE	Fundacion Accion Contra El Hambre: VIH/SIDA	222 996	0	0	222 996
	Handicap International Association Programme intégré pour le développement de la réadaptation fonctionnelle au Mali	163 112	0	0	163 112
	Samu Social International Association : Appui aux enfants de la rue à Bamako	106 624	106 624	0	213 248
	The Royal Commonwealth Society Forthe Blind; Programme de lutte contre la cécité de la Région de Koulikoro	196 787	196 787	196 787	590 361
	Association Appui au Developpemnt Santé Diabète Mali ; prise en charge de l'amputation au pied	228 037	228 037	0	456 074
	Fondation MARCEL MERIEUX; Action BioMali: améliorer le dépistage et le suivi des patients atteints de tuberculose et paludisme	491 968	491 968	0	983 936
	Université Libre de BRUXELLES: améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé pour les patients tuberculeux	295 590	0	0	295 590
	Ville de MONTREUIL: Actions d'appui à l'amélioration des indicateurs de santé	17 229	17 229	17 229	51 688
France	Esther	524 766	524 766	524 766	1 574 297
Banque Africaine de Développement (BAD)	Appui au PRODESS région de Sikasso	262 500	112 500	0	375 000

		2009	2010	2011	Total
Coopération Luxembourgeoise	Lux Développement : Appui au PRODESS à Ségou	1 128 246	1 773 970	1 466 064	4 368 280
Fonds Mondial VIH/Sida	Financement de la lutte contre le VIH/SIDA du Ministère de la Santé à travers le Haut conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA	11 258 906	15 324 962	17 399 755	43 983 624
Fonds Mondial Palu	Financement de la lutte contre le Paludisme du Ministère de la Santé	2 461 900	2 665 013	2 930 592	8 057 504
Fonds Mondial Tuberculose	Financement de la lutte contre la Tuberculose du Ministère de la Santé	130 694	697 456	1 187 726	2 015 876
UNFPA	Sixième programme de coopération avec le Mali (2008-2012) Composante santé de reproduction	1 725 000	1 725 000	1 725 000	5 175 000

Nota Bene: les points d'interrogations sont des annonces encore attendues

Tableau XXVII**:** Total des annonces par acteur pour la période 2009 - 2011 (en milliers de francs CFA)

		2009	2010	2011	Total
FINANCEMENTS EXTERIEURS	**Financement extérieur hors budget d'Etat**	**43 446 969**	**46 493 021**	**39 419 070**	**129 359 060**
BUDGET D'ETAT	Le cadre budgétaire à Moyen Terme du MF (CBMT 2007-2011)	65 313 463	71 665 656	76 095 549	213 074 668
COLLECTIVITES	PO NATIONAL 2009	2 673 477	3 074 499	3 535 673	9 283 649
RECOUVREMENT DES COUTS	PO NATIONAL 2009	15 287 888	16 816 677	18 498 344	50 602 909
COMMUNAUTES	PO NATIONAL 2009	947 536	966 487	985 816	2 899 839
TOTAL GENERAL		**127 669 333**	**139 016 339**	**138 534 453**	**405 220 125**

Le financement extérieur est composé du financement extérieur hors ABS et BSI extérieur qui ne sont pas inscrits dans le CBMT. Quant au budget d'Etat, il correspond à la dotation du secteur Santé inscrite dans le CBMT. Les projections de financement des collectivités, recouvrement de coûts et communauté ont été faites sur la base des prévisions de 2009 auxquelles s'ajoute une progression respective de 15%, 5% et 2%.

XII – GAP DE FINANCEMENT PAR SCENARIO

Le tableau ci-dessous présente les GAP de financement du PRODESS II prolongé pour la période de 2009 à 2011 par scénario.

Tableau XXVIII **:** Gap de financement pour la période 2009 – 2011 par scénario (en milliers de francs CFA).

	Minimum	Moyen	Maximum
Besoin total de financement	474 252 637	509 116 400	557 104 414
Contributions annoncées	405 220 125	405 220 125	405 220 125
Gap de financement	**69 032 511**	**103 896 274**	**151 884 289**

Le tableau ci-dessous présente les GAP de financement du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 du scénario minimum

Tableau XXIX **:** Gap de financement du PRODESS II prolongé du scénario minimum par an (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
Besoin de financement	138 604 679	153 313 949	182 334 009	474 252 637
Contributions annoncées	127 669 333	139 016 339	138 534 453	405 220 125
Gap de financement	**10 935 346**	**14 297 610**	**43 799 556**	**69 032 511**

Le tableau ci-dessous présente les GAP de financement du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 du scénario moyen.

Tableau XXX **:** Gap de financement du PRODESS II prolongé du scénario moyen par an (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
Besoin de financement	149 835 881	163 996 097	195 284 422	509 116 400
Contributions annoncées	127 669 333	139 016 339	138 534 453	405 220 125
Gap de financement	**22 166 547**	**24 979 758**	**56 749 969**	**103 896 274**

Le tableau ci-dessous présente les GAP de financement du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 du scénario maximum.

Tableau XXXI **:** Gap de financement du PRODESS II prolongé du scénario maximum par an (en milliers de FCFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
Besoin de financement	162 743 651	177 541 643	216 819 121	557 104 414
Contributions annoncées	127 669 333	139 016 339	138 534 453	405 220 125
Gap de financement	**35 074 317**	**38 525 304**	**78 284 668**	**151 884 289**

Pour atteindre les objectifs du PRODESS II prolongé, il est nécessaire de combler le gap de financement du scénario maximum. Cependant en raison des contraintes de financements des objectifs intermédiaires peuvent être atteints en comblant le gap de financement soit du scénario moyen ou du scénario minimum.

Compte tenu du niveau de mise en œuvre de certaines interventions (disponibilité des intrants et accessibilité aux services), il est important de combler le gap du scénario minimum en vue d'une légère augmentation des couvertures.

Stratégies de financement des Gap :

Le PRODESS II prolongé met l'accent sur certains goulots dont la résolution devrait passer par les nouvelles interventions portant sur :

- Le VIH-SIDA ;
- Le développement des ressources humaines ;
- La recherche en santé ;
- La télémédecine ;
- La maintenance des équipements ;
- La stratégie nationale de survie de l'enfant ;
- La feuille de route pour la réduction de mortalité maternelle ;
- Le réseau de métrologie sanitaire ;
- La carte sanitaire ;
- Le renforcement du système de santé ;
- Le développement du partenariat public-privé.

La prise compte des coûts liés à la mise en œuvre de ces interventions traduit les GAP de financement dégagés.

Ainsi, les actions suivantes seront envisagées :

- La soumission des protocoles de recherches en santé auprès de la Fondation Bill Gates. A cet effet un groupe de chercheurs a été constitué pour rédiger la requête du gouvernement du Mali sous l'impulsion de la présidence ;
- L'organisation de tables-rondes avec les partenaires sur le financement additionnel du secteur de la santé.

XIII- PROCESSUS DE SUIVI-EVALUATION

Le CDMT constitue un outil essentiel de programmation du département faisant ressortir le lien entre sa tranche annuelle et le plan opérationnel annuel; il permet une actualisation annuelle du niveau d'atteinte des objectifs escomptés au regard des moyens disponibles.
Des cadrages annuels seront produits à partir du CDMT pour toutes les régions et niveaux de programmation. Ces cadrages prendront en compte les critères de population, de pauvreté et de prévalence de maladies. Ainsi, à chaque planification annuelle, une analyse permettra de vérifier la conformité des ressources planifiées avec les cadrages et équilibres du CDMT
Ainsi, il met en évidence l'utilisation rationnelle des ressources et éclaire les décideurs et les responsables chargés de la planification dans leur prise de décision du passage à l'échelle de certaines interventions à efficacités prouvées.

Pour cela il sera nécessaire de mettre en place les mécanismes de suivi et d'évaluation permettant :

- d'une part, de vérifier la prise en compte régulière de ces orientations (montants, équilibres, évolution, etc....) par les différentes structures chargées de la planification au sein du secteur ;

- d'autre part, d'évaluer régulièrement sa pertinence – en vue de sa réactualisation – et de prendre en compte d'éventuels changements sur les hypothèses macroéconomiques et sur les engagements du Gouvernement et des partenaires

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources.
Cependant, ce suivi dépendra en bonne part de la mobilisation des ressources qui reste tributaire d'une part des aspects macroéconomiques et des engagements politiques, et d'autre part des ressources mobilisées par les différents partenaires du secteur.

XIV-HYPOTHESES ET RISQUES

a) Hypothèses

Les dotations budgétaires du secteur santé sont tributaires des hypothèses macroéconomiques et orientations politiques définies dans le CBMT ; cependant, pour l'atteinte de objectifs du secteur, des négociations seront nécessaires pour le respect des engagements pris par le Mali (Objectifs du Millénaire, objectifs d'Abuja, la feuille de route de l'Union Africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile l'International Health Partnership (IHP)

Les hypothèses macroéconomiques combinées à l'hypothèse d'augmentation du budget de l'Etat permettent de définir le niveau de financement attendu.

Les hypothèses macroéconomiques combinées aux coûts réels permettent de dégager les dépenses totales couvrant la période de 2009 à 2011.

L'élaboration du CBMT a tenu compte des hypothèses macro-économiques suivantes :

- Dépenses budgétaires brutes par rapport au PIB : 32,9%
- Taux d'inflation 2005-2006 : 2,4%
- Taux de croissance du PIB réel 2007-2011 : 7% par an en moyenne
- Service de la dette par rapport aux dépenses budgétaires : 3,6%
- Aide extérieure (net) en % du PIB 2009-2011 : 9,6%
  Source Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT 2007).

Le tableau ci-dessous présente les proportions de dotations des différents secteurs du CSCRP.

Tableau XXXII: Répartition des dépenses sectorielles en % du budget total de l'Etat.

SECTEURS D'ACTIVITE	2006	2007	2008	2009	2010	2011
POUVOIRS PUBLICS ET ADMINISTRATION GENERALI	12,4%	12,0%	12,7%	12,4%	12,4%	12,3%
DIPLOMATIE ET AFFAIRES ETRANGERES	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%	2,1%	2,0%
DEFENSE NATIONALE ET SECURITE INTERIEURE	7,4%	7,7%	7,6%	7,8%	8,1%	8,2%
EDUCATION DE BASE	12,8%	12,6%	13,4%	12,9%	12,6%	12,8%
ENSEIG. SEC. SPERIEUR & RECH. SCIENTIFIQUE	4,2%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,6%
CULTURE JEUNESSE ET SPORT	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
SANTE	7,8%	6,7%	6,9%	6,7%	6,9%	7,0%
SECTEURS SOCIAUX	3,0%	3,7%	3,8%	3,6%	3,6%	3,5%
EMPLOI	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
AGRICULTURE	12,6%	13,4%	13,1%	13,5%	13,7%	13,7%
MINE HYDRAULIQUE ET INDUSTRIE	5,8%	7,0%	7,2%	7,4%	7,4%	7,3%
URBANISME ET TRAVAUX PUBLICS	10,6%	11,8%	11,7%	12,3%	12,2%	12,2%
TRANSPORT	1,1%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%
COMMUNICATION	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
DETTE INTERIEURE	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
DETTE EXTERIEURE	6,6%	3,5%	3,4%	3,4%	3,3%	3,3%
INTERET DETTE EXTERIEURE	1,9%	1,2%	1,0%	0,9%	0,8%	0,7%
DOTATIONS NON REPARTIES	8,9%	9,1%	7,8%	7,7%	7,4%	7,2%
TOTAL des dépenses	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Source DGB- CBMT 2007-2011.

Durant la période 2009-2011, la mobilisation des ressources supplémentaires devra permettre une augmentation brute de l'ensemble des 7 volets de la composante notamment les volets visant l'amélioration de l'accès aux services de santé, la disponibilité des ressources humaines qualifiées, la disponibilité des médicaments et consommables essentiels, l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la maladie et le développement du secteur tertiaire.

b) Risques

Le premier risque reste l'insuffisance de mobilisation des ressources :

- par la stabilité des hypothèses macro-économiques ;
- par le manque d'accompagnement des orientations du secteur par le budget de l'état
- par la réduction de l'apport des partenaires.

Le second risque réside dans la multiplicité des procédures de gestion des ressources financière et matérielle pouvant influencer négativement la mise en œuvre.
Pour minimiser ces risques, il sera indispensable qu'il y ait un réel consensus autour du CDMT afin de garantir l'harmonisation des interventions et des procédures de l'ensemble des acteurs.

XV - LES CONDITIONS DE REUSSITE

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources (au moins 60% du budget du PRODESS au niveau régional, au plus 30% au niveau des structures de coordination et 10% au niveau des EPH du niveau central).

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines reformes institutionnelles au niveau macro politique :

- la mise en œuvre des stratégies développées dans les documents de (i) PRODESS II prolongé y compris la matrice des indicateurs, (ii) Politique Nationale de Développement de Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS), (iii) Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé (PSNRSS), (iv) Politique Nationale de Recherche en Santé (PNRS), (v) Politique Nationale de Transfusion Sanguine (PNTS), (vi) Politique Nationale de Maintenance des Equipements et Infrastructures Sanitaires (PNMEIS).

- La déconcentration du système de budgétisation par la mise en place des enveloppes budgétaires au niveau des régions sur la base des contrats de performance assortis de contrôle ex-post et audit financier annuel. Ce système impliquerait systématiquement les communautés, les ASACO, les conseils municipaux, les conseils de cercle et les délégués du gouvernement dans les cercles ou les communes

- La création d'un environnement éthique, juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes vivant avec le VIH ;

- La décentralisation : les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du CDMT s'appuient sur le transfert de responsabilité de l'état vers les collectivités décentralisées ;

- L'éducation des populations : les stratégies proposées reposent sur une amélioration du niveau de scolarisation notamment celui des filles. Les taux de scolarisation sont encourageants, de tels résultats permettront d'accroître les performances du programme dont l'amélioration des conditions d'hygiène, de la nutrition, la réduction du niveau de fécondité, la prévention de risques maternels et infantiles ;

- La situation macro-économique : la perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus, des ménages, et des communautés à l'effort de financement de la santé. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs, promotionnels et curatifs, l'état doit accroître sa contribution au secteur de la santé. Les partenaires techniques et financiers devraient consolider leurs contributions au financement du programme sectoriel ;

- La collaboration inter sectorielle : la résolution des problèmes de nutrition, de lutte contre la maladie, de disponibilité en eau potable, d'implication et de la participation des femmes, la problématique de préservation de l'environnement nécessite l'implication et la participation des autres secteurs au développement notamment le développement rural, l'environnement et l'assainissement, l'hydraulique, la promotion de la femme et de l'enfant, la jeunesse et l'éducation;

- Les nouvelles réformes du secteur : l'implication de plus en plus importante des communautés, des autres secteurs au développement, du secteur privé et de la société civile dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à renforcer ou à redéfinir les rapports entre eux et les professionnels de la santé. Ce changement de mentalité qui a commencé avec la mise en œuvre du PRO.DE.S.S devra se poursuivre en développant de nouveaux partenariats. Le maintien et le renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers doivent être consolidés;

- Les ressources humaines : d'une manière générale, l'amélioration des performances du système de santé sera fonction de la qualité du personnel, de sa quantité et de sa motivation. Il est donc important d'adopter et de mettre en œuvre le Plan Stratégique National de développement des ressources humaines pour la santé. Il est également important de renforcer de façon décentralisée les écoles de formation professionnelle (publiques et privées) ;

- L'extension de la couverture sanitaire : ce processus doit être poursuivi avec la pleine participation et contribution des collectivités décentralisées, des populations et des associations de santé communautaires.

CONCLUSION

Le cadrage macroéconomique du CSCRP, deuxième génération du CSLP, a été produit à un moment où le département en charge de la planification du développement a entrepris d'améliorer ses outils de travail, notamment ceux de la prévision et de la modélisation macroéconomique.

La Composante santé du PRODESS II prolongé a pris en compte les priorités définies dans le CSCRP tout en maintenant les 7 volets initiaux. Elle intègre les Objectifs de Développement du Millénaire (OMD).

La révision du CDMT a été rendue nécessaire pour prendre en compte non seulement le nouveau cadre institutionnel du PDDSS mais aussi les documents (i) du PRODESS II prolongé y compris la matrice des indicateurs, (ii) de la politique de développement des ressources humaines pour la santé (PDRHS), (iii) du plan national de renforcement du système de santé, (iv) de la politique de recherche, (v) la stratégie nationale de survie de l'enfant , (vi) de la politique de maintenance , (vii) la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle , (viii) la carte sanitaire, (vi) le réseau de métrologie sanitaire.

Ainsi, la période du CDMT santé révisé est conforme à celle du PRODESS II prolongé (2005- 2011). Son cadrage est en harmonie avec celui du CBMT (cadre budgétaire à moyen terme) du Ministère des finances.

Sur la base des besoins actualisés du PRODESS II prolongé, le financement nécessaire pour atteindre les objectifs fixés sur la période 2009–2011 est de ***557,1 milliards de francs*** CFA dont ***42 %*** en investissement et ***58 %*** en fonctionnement.

Conformément aux contributions attendues des acteurs, le financement pour la mise œuvre du ***programme est de 405,2 milliards soit 72,7%*** des besoins de financement pour la période 2009-2011.

Sur la base du CBMT révisé (2007-2011) la contribution de ***l'Etat au secteur de la santé (***dotation secteur santé y compris ABS et BSI extérieur) ***est de 213,074 milliards pour la période 2009-2011, soit 38,25 % des besoins selon le scenario maximale, et 52,6% des ressources annoncées.***

Pour atteindre les objectifs du PRODESS II prolongé, il est nécessaire de combler le gap de financement du scénario maximum (151,9 milliards de Fcfa). Cependant, en raison des contraintes de financements éventuelles, des objectifs intermédiaires peuvent être atteints en comblant le gap de financement du scénario moyen dans un contexte de passage à échelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement Mars 2005
2. Ministère des finances : Cadre Budgétaire à moyen terme (CBMT 2007-2011)
3. Ministère des finances : Cadre Stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCRP 2007-2011)
4. Ministère de l'Economie et des Finances : Evaluation des coûts et besoins de financement des OMD dans le secteur de la Santé au Mali (Bamako, du 29 juin au 20 juillet 2007)
5. Chef de file des partenaires (Pays Bas) : Annonces des partenaires pour la période 2009-2011, Octobre 2008
6. Loi n°02-049 portant loi d'orientation de la santé
7. Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière du Mali
8. Ministère de la santé Publique et de l'Action Sociale : Déclaration de politique sectorielle de santé et de population - Décembre 1990 ;
9. Ministère de la santé, de la solidarité et des Personnes Agées : Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007 – mai 1998
10. Ministère de la santé : Programme de développement sanitaire et social phase II 2005-2009 (composante santé) – septembre 2004
11. Ministère de la santé : Programme de développement sanitaire et social phase II prolongée 2005-2011 (composante santé) – Octobre 2008
12. Ministère de la santé : Plan Stratégique National de développement des ressources humaines pour la santé
13. Ministère de la santé : Plan stratégique national de renforcement du système de santé
14. Ministère de la santé : Plan national de recherche en santé
15. Ministère de la santé : Plan national de maintenance
16. Ministère de la santé : Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2005-2009
17. Ministère de la santé : Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile
18. Ministère de la santé : Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant « continuum Mère-Nouveau né-Enfant »
19. Ministère de la santé : Politique Nationale de transfusion sanguine
20. Ministère de la santé : Plan stratégique sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA
21. Cellule de planification et de Statistique : Enquête démographie et de santé du Mali (EDSM III) 2001
22. Cellule de planification et de Statistique : Enquête démographie et de santé du Mali (EDSM IV) 2006

23. Cellule de planification et de Statistique : Système d'Information Hospitalier 2007
24. Direction Nationale de la Santé : document du plan stratégique de santé de la reproduction
25. Direction nationale de la santé : document du plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2007-2011
26. Direction nationale de la santé : programme nationale de lutte contre La Tuberculose
27. Rapports d'activités 2004, 2005, 2006 et 2007 du PRODESS ;
28. Direction nationale de la santé : Annuaires statistiques du SLIS de 2001 à 2007

ANNEXES

ANNEXE 1 : Indicateurs du cadre commun

	Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
1	Proportion de la population vivant à moins de 5km d'un CSCOM fonctionnel	50	51	58		60	62	64
2	Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) des enfants de moins d'un an	91	92	94		≥ 90	≥ 90	≥ 90
2.1	Ecart maximum régional de la couverture vaccinale DTCP3/ PENTA3 avec la moyenne nationale							
3	Taux d'accouchements assistés	53	55	59		60	63	65
3.1	Ecart maximum régional des accouchements assistés avec la moyenne nationale							
4	Taux de couverture en CPN recentrée			35		40	43	46
4.1	Ecart maximum régional de la couverture en CPN recentrée avec la moyenne nationale							
5	Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	78	82	89		≥ 90	≥ 90	≥ 90
5.1	Ecart maximum régional de la proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole avec la moyenne nationale							
6	Taux d'utilisation de la consultation curative	0,26	0,26	0,29		0,33	0,34	0,34
7	Taux d'incidence du paludisme dans les formations sanitaires	963	1 023	1 292				
8	Taux de prévalence de la tuberculose pulmonaire							
9	Taux de détection de la tuberculose	21%	26%	26%				45
10	% de CSCom SONUB			28%		32	33	34
11	% de CSRef offrant les SONUC			2%		6	8	9
12	Taux de Mortalité intra hospitalière	10,0	10,6	12,4				
13	Proportion des patients admis sur référence/évacuation	22,0	22,6	22,2				
14	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	44/62	47/55	45/60				
15	Ratios personnels soignants /habitants							
	Médecins/habitants		1/10 370	1/10 389				
	Sages- femmes/hbt		1/23 928	1/23 615				
	Infirmiers/Assist-Médicaux / hbts		1/4 190	1/3 365				
15.1	Ecart maximum régional Ratios personnels soignants / habitants avec la moyenne nationale							
16	Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau		94,14	96		98	100	100

	Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
	CSCom							
17	Disponibilité des médicaments du panier			92%				
18	Taux de réalisation de la césarienne							
19	Proportion de nouveau-nées séropositives nées de mères séropositives sous ARV							
20	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV							
21	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance							
22	Nombre de couples année protection (CAP)			68 487				
22.1	Proportion de couple année protection							
23	Proportion de CSRef ayant effectué au moins deux supervisions intégrées dans chaque CSCom							
24	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs							
25	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau							
	CSRef		1058 F	1282 F				
	CSCom		946 F	1107 F				
26	Taux d'exécution budgétaire							
27	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT							
28	% ress. récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1							
29	Taux de mortalité maternelle		464					
30	Taux mortalité infanto-juvénile							
31	Taux de mortalité infantile		96					
32	Taux de mortalité néonatale							
33	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans							
34	Taux de prévalence du VIH/SIDA		1,3					
35	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO		44,7					45