

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



**GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU MALI
MINISTRE DE LA SANTE**

COMPACT

***Accroître les efforts et les ressources
pour la Santé
en vue de l'atteinte des OMD***

Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé

**Secrétariat permanent du PRODESS
Avec l'appui du Bureau de consultants "Groupe Génie"**

Version finale (corrigée le 20 Avril 2009)

Table des matières

Table des matières	2
Sigles et abréviations.....	3
1. Le contexte	5
2. Bref aperçu du secteur de la santé au Mali.....	6
3. Les principaux goulots d'étranglement et contraintes administratives du secteur de la santé.....	7
4. Les objectifs du Compact et son positionnement dans le paysage de la coopération	9
5. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact	10
5.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PRODESS.....	10
5.1.1 Le PRODESS comme cadre de référence définissant la politique sanitaire, intégré dans la politique nationale de développement socio-économique	10
5.1.2 Les priorités affichées dans la prolongation du PRODESS (2009-2011)	12
5.2 Un processus unique de concertation et de coordination	12
5.3 Un cadre budgétaire unique.....	13
GAP DE FINANCEMENT PAR SCENARIO	16
5.4 . Un cadre unique de résultats.....	17
5.5 .Une matrice unique de politique de réformes sectorielles.....	17
5.6 . Un cadre fiduciaire unique	18
6. Les principes généraux et modalités de gestion de l'aide au développement.....	18
6.1 . Dispositions générales	18
6.2 . Les modalités d'aide offertes aux Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact	19
6.3 . Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement.....	20
6.4 .Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux.....	20
6.5 L'assistance technique.....	21
6.6 . Les partenaires techniques et financiers non signataires du Compact.....	21
7. Les engagements du Gouvernement du Mali dans le cadre de la mise en œuvre de ce Compact	21
8. Les engagements des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact.....	22
9. Suivi des engagements et résolution des conflits	23
9.1 . Le cadre de suivi et d'évaluation des engagements mutuels du Compact.....	23
9.2 . Résolution des conflits.....	24
Annexes.....	26
Annexe 1 : Evolution de quelques indicateurs clés.....	26
Annexe 2 : Architecture des organes de concertation du PRODESS	27
Annexe 3 : Financements disponibles.....	29
Annexe 4 : Cadre commun de mesures des indicateurs	32
Annexe 5 : Evolution des indicateurs par scénario	34

Sigles et abréviations

AB	Appui Budgétaire
ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ASACO	Association de Santé Communautaire
ARV	Antirétroviraux
AT	Assistance Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BSI	Budget Spécial d'Investissement
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CCAT	Commission de Coordination de l'Assistance Technique
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDRH	Cellule de Développement des Ressources Humaines
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DCE	Délégation de la Commission Européenne
DNS	Direction Nationale de la Santé
DP	Déclaration de Paris
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPH	Etablissement Public Hospitalier
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
HACT	Harmonised Approach for Cash Transfers
HHA	<i>Harmonization for Health in Africa</i> / Harmonisation pour la Santé en Afrique
IHP	<i>International Health Partnership</i> / Partenariat International pour la Santé
IHP+	Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes âgées
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAGAM/GFP	Programme d'Action Gouvernementale pour l'Amélioration et la Modernisation de la Gestion des finances publiques
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDES	Projet de Développement Economique et Social
PDRHS	Politique de Développement des Ressources Humaines de la Santé
PEFA	Public Expenditure and Financial Accountability
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNRS	Politique Nationale de Recherche en Santé
PSN RSS	Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé
PO	Plan Opérationnel
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population

PTF	Partenaire Technique et Financier
RSS	Renforcement du Système de Santé
SNISS	Système National d'Information Sanitaire et Social
UNDP	Programme de Développement des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFP	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

1. Le contexte

De nombreux efforts sont menés depuis une dizaine d'années, visant à améliorer les systèmes de gestion de l'aide au développement afin de la rendre plus efficace. La plupart des agences de coopération internationale et des bailleurs de fonds bilatéraux, de même que de nombreux pays en développement dont le Mali, ont ainsi signé en mars 2005 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Celle-ci repose sur les piliers de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement, de l'orientation vers les résultats et de la responsabilité mutuelle, et sa mise en œuvre s'accompagne de grands changements dans l'approche et les outils de la coopération en général. Ainsi par exemple, le Mali a développé son propre Plan national d'actions sur l'efficacité de l'aide au développement – Déclaration de Paris (2007-2009), et la majorité des aides publiques au développement doivent s'inscrire dans les priorités nationales énoncées dans le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011 et son cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) développé par le Ministère des Finances. En outre, l'appui budgétaire est devenu l'un des instruments de financement privilégiés par le gouvernement du Mali.

Dans beaucoup de pays en développement et en particulier en Afrique subsaharienne, le secteur de la santé fait l'objet depuis longtemps d'une coopération intensive émanant de nombreux bailleurs de fonds (agences des Nations-Unies, bailleurs bilatéraux et ONG). Afin de coordonner ces nombreuses coopérations et d'en tirer le meilleur profit, le Mali s'est lancé en 1998 dans une approche sectorielle en soutien au Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). L'approche sectorielle est gérée par les structures pérennes du gouvernement malien au cours d'un processus bien institutionnalisé et plusieurs outils financiers ont été développés afin de permettre la gestion des fonds extérieurs par les systèmes nationaux. Le Ministère de la Santé (MS) a ainsi commencé à développer son Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) incluant l'entièreté des ressources disponibles pour financer le secteur, et l'actualise régulièrement. Il existe des procédures spécifiques au PRODESS qui permettent de gérer un « pot commun » et plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF) se sont lancés depuis 2006 dans l'appui budgétaire sectoriel (ABS).

Outre les partenaires traditionnels du secteur, la prise de conscience de l'urgence de s'attaquer aux problèmes de santé de l'ensemble de ce monde globalisé et de mettre en commun tous les efforts en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) a fait naître au cours des dernières années une multitude d'initiatives et d'organisations actives dans le domaine de la « santé globale ». Beaucoup de ces initiatives dépassent d'ailleurs le strict cadre gouvernemental ou onusien et consistent en des partenariats public-privé (comme par exemple le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme) ou des organismes purement privés (par exemple, la Fondation Bill et Melinda Gates, très active en Afrique), qui ont chacun leurs propres priorités et leur propre mode de fonctionnement.

Le rapprochement de l'échéance des OMD et la récente multiplication de ces initiatives, programmes et organisations actives dans le secteur de la santé globale ont fait naître un besoin accru de coordonner les diverses activités et de les aligner autour d'un même programme, piloté par le gouvernement des pays récipiendaires. C'est dans ce contexte que sont nés le Partenariat International pour la Santé (IHP+), l'initiative «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA), la Campagne des OMD Santé et les initiatives connexes.

Le présent document appelé Compact «Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD», entend mettre ensemble tous les efforts du gouvernement, de la société civile et des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour obtenir plus d'efficience dans la mise en œuvre du programme commun le PRODESS II prolongé. Ainsi, dans un contexte de passage à échelle, il permettra d'atteindre plus rapidement les OMD.

Le Compact est un engagement éthique et moral, entre le Gouvernement du Mali et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD.

Il a été conçu suite à la Réunion interrégionale des équipes du secteur national de la santé tenue à Lusaka du 28 février au 1^{er} mars 2008 dans le cadre de l'International Health Partnership (IHP+) et de l'Harmonization for Health in Africa Framework (HHA), et s'inscrit dans la droite ligne de la dynamique en cours dans le secteur depuis une dizaine d'années.

2. Bref aperçu du secteur de la santé au Mali

La politique de santé du Mali, énoncée dans la *Politique Sectorielle de Santé et de Population* (PSSP) de décembre 1990, est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires et les principes de l'Initiative de Bamako, dont un objectif majeur est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin: recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

En 1998, fut adopté le *Plan décennal de Développement Sanitaire et Social* (PDDSS 1998-2007). Celui-ci est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers le PRODESS. Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et qui, à la demande des autorités maliennes, vient d'être prolongé jusqu'en 2011 afin de coïncider avec la mise en œuvre du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR).

Les efforts déployés au cours des dernières années par le secteur de la santé ont permis d'améliorer la situation sanitaire de la population malienne. Ainsi par exemple, les résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) montrent que le taux de mortalité infanto-juvénile est descendu à 191 pour 1000 naissances vivantes en 2006 contre 229,1‰ en 2001 (EDS-III) et 237,5‰ en 1996 (EDS-II). Le taux de mortalité infantile, quant à lui, est descendu à 96‰ en 2006 contre 113,4‰ en 2001 et 122,5‰ en 1996 grâce notamment au renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Quant au taux de mortalité maternelle, il est descendu à 464 pour 100.000 en 2006, contre 582 pour 100.000 en 2001. Enfin, le taux de prévalence du VIH/SIDA pour la population de 15-49 ans est estimé à 1,3% (EDS-IV) contre 1,7 pour l'EDS III.

Malgré ces progrès, la situation sanitaire de la population malienne reste préoccupante, comme le montrent le fait que près d'un enfant sur cinq n'atteint pas l'âge de cinq ans. La charge morbide liée au paludisme, à la malnutrition et à la tuberculose reste très importante. La fécondité reste élevée à 6,6 enfants par femme, liée à un taux de prévalence contraceptive plus ou moins stagnant à 6%. Les IST et le VIH/SIDA font toujours planer une menace sur la

santé de la population, surtout des jeunes et des groupes à risque. En continuant à mobiliser les ressources nécessaires pour la lutte contre le VIH/ SIDA et vu les tendances actuelles, le Mali pourrait accélérer l'atteinte de l'OMD 6 en 2015 ainsi que l'Accès Universel à la prévention, la Prise en charge, les soins et le soutien.

Ces résultats sont encourageants, cependant les besoins non couverts restent encore importants dans le système de santé. Ainsi, le Plan Décennal pour la Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2006-2015 de la République du Mali, publié en avril 2008, a évalué les besoins et le coût pour l'atteinte des OMD au Mali à l'horizon 2015 sur base des modèles conçus par le Millenium Project. Selon ces estimations, il faudrait globalement 8 848,662 milliards de FCFA pour l'atteinte des OMD par le Mali en 2015. Le secteur de la santé représente 21% de ce coût global, ce qui correspond à un coût moyen annuel de 182 milliards FCFA par an¹ – alors qu'en 2009 par exemple, le Plan Opérationnel (PO) de la composante santé du PRODESS ne s'élève qu'à 121 milliards de FCFA contre une prévision de 126,4 milliards de FCFA, faisant ainsi ressortir un GAP de financement de 5,4 milliards de FCFA. Le financement du programme se fait à travers le budget de l'Etat appuyé par le recouvrement des coûts, l'apport des collectivités territoriales, l'appui budgétaire général et sectoriel et l'appui financier de certains bailleurs.

Le Plan Décennal pour la Réalisation des OMD estime également des besoins en ressources humaines par type de personnel nécessaire à l'atteinte des OMD-Santé qui dépassent largement le personnel existant, surtout en ce qui concerne le personnel technique qualifié.

D'ambitieuses initiatives et réformes sont menées par le Ministère de la Santé afin de répondre au défi de l'amélioration de la santé de la population, souvent avec le soutien de plusieurs partenaires. Il s'agit tout à la fois de programmes de lutte contre des maladies spécifiques et d'actions visant au renforcement du système de santé (RSS) dans son ensemble. Cet aspect reçoit un regain d'intérêt, notamment avec les nouveaux volets de soutien de GAVI/RSS, du Fonds Mondial et d'autres partenaires. L'harmonieuse mise en œuvre de toutes ces activités ne peut se faire que sous le ferme leadership du gouvernement malien, qui est seul habilité à pouvoir définir une politique globale, cohérente, et à coordonner les efforts de tous ses partenaires dans cette direction. Or, plusieurs goulots d'étranglement et contraintes entravent les actions du gouvernement, de ses organes d'exécution et de ses partenaires.

3. Les principaux goulots d'étranglement et contraintes administratives du secteur de la santé

A l'heure de finaliser la rédaction du Compact, les principales difficultés et contraintes du secteur se résument comme suit :

- L'insuffisance dans la gestion et la motivation des ressources humaines qualifiées résultant dans la disponibilité et la répartition inéquitable du personnel ;

¹ Ce montant semble élevé à cause notamment des coûts systémiques (68% du total) constitués d'investissements et de charges récurrentes, supportés en grande partie par l'Etat et par un nombre limité de partenaires au développement. Quant aux coûts directs, ils représentent 32% du coût global et sont constitués en majorité d'interventions liées à la santé infantile (44% des coûts directs), la lutte contre le VIH/SIDA (30%) et la santé maternelle (14%), entre autres. Il faudrait alors en moyenne 13.345 F CFA par tête d'habitant et par an pour atteindre les OMD-santé au Mali en 2015.

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

L'objectif du Compact est d'aider à lever ces contraintes afin de permettre au gouvernement d'assumer pleinement son rôle de leader dans la définition, le pilotage, la coordination et le suivi-évaluation d'une politique sanitaire cohérente et efficace.

Afin de lever ces contraintes, la prolongation du PRODESS II jusqu'à 2011 est accompagnée par des propositions de changements de politique et de stratégie qui seront ou sont déjà développées. Parmi ces nouvelles politiques, figurent la politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé, la stratégie nationale de survie de l'enfant, le plan stratégique national de renforcement du système de santé, le plan national de recherche pour la santé, la politique nationale de maintenance des infrastructures et équipements, le partenariat public-privé, le réseau de métrologie sanitaire.

La validation de ces politiques et stratégies se fait en étroite collaboration avec les différentes parties prenantes, tels que les ministères concernées, les PTF, les collectivités territoriales, le privé et la société civile.

4. Les objectifs du Compact et son positionnement dans le paysage de la coopération

Le Compact a pour objectif général de définir un cadre unique et harmonisé pour une augmentation et l'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé en vue d'atteindre plus rapidement les OMD Santé, en spécifiant les engagements respectifs du Gouvernement du Mali et des partenaires techniques et financiers signataires. Le but est donc que l'ensemble des signataires s'engagent à supporter un même plan national de développement du secteur de la santé orienté vers les résultats (PRODESS II prolongé), et ceci d'une manière harmonisée, pilotée par les autorités maliennes, et qui assure des ressources prévisibles à long terme, dans un cadrage budgétaire unique et un alignement sur les procédures nationales.

Plus spécifiquement, le Compact établit :

- Le **cadre programmatique de développement du secteur santé** et ses différents éléments (section 5) ;
- Les **principes généraux et modalités de gestion de l'aide** au développement veillant à améliorer l'efficacité de l'aide (section 6) ;
- Les **engagements du Gouvernement du Mali** dans le cadre de la mise en œuvre de ce Compact (section 7) ;
- Les **engagements des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact** quant au niveau, à la composition de l'aide au secteur de la santé et aux modalités de gestion de l'aide (section 8) ;
- Les **modalités de suivi** des engagements et de **résolution des conflits** (section 9).

Le Compact s'inscrit en adéquation avec les autres accords et/ou ententes en matière d'aide au développement qui prévalent au Mali, en particulier :

- Le programme sectoriel est cohérent avec le **CSCR** et le **Plan Décennal pour la Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2006-2015** de la République du Mali. Cette cohérence a été matérialisée par l'élaboration d'un certain nombre de documents dont: «la Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle» et la «Stratégie Nationale pour la Survie de l'Enfant» ;
- **Le Compact aide à matérialiser les principes de la Déclaration de Paris au niveau du secteur de la santé** ; en particulier, il repose sur les organes de coordination sectorielle développés au Mali depuis de nombreuses années, lesquels sont également en parfaite adéquation avec les mécanismes nationaux de suivi de la mise en œuvre du CSCR ;
- Les modalités d'aide privilégiées par le Compact respectent l'alignement sur les politiques et procédures nationales. Au Mali, le gouvernement a décidé la mise en œuvre du CSCR à travers l'appui budgétaire (général ou sectoriel), dont les modalités de mise en œuvre sont définies dans l'arrangement cadre et des arrangements spécifiques (voir section 6).

Pour les partenaires signataires de l'IHP, le Compact tiendra compte des accords de coopération existants; cependant les nouveaux accords de coopération post-signature au Compact se baseront sur les orientations du Compact dans la mesure du possible.

Dans la mesure où tous les partenaires techniques et financiers sont inscrits dans le PRODESS, cadre commun de planification et de mise en œuvre de la politique de santé, le

dialogue se poursuivra en vue de l'adhésion de tous les partenaires. Ceci contribuera à renforcer l'efficacité de l'aide cruciale au vu des besoins de ressources additionnelles nécessaires à l'accélération de l'atteinte des OMD.

5. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact

Le Compact constitue l'aboutissement d'un mouvement qui anime le secteur de la santé depuis une dizaine d'années. Il se base donc sur toute une série de documents et de processus existants, en les renforçant ou en raffermissant leur rôle si nécessaire. Les principaux éléments du cadre programmatique qui sous-tend ce Compact sont présentés ci-dessous.

5.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PRODESS

Le lancement de l'approche sectorielle en 1998 visait à rapprocher les visions de l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur de la santé pour un développement sanitaire harmonieux et durable. Depuis lors, le PRODESS est devenu la référence commune et le cadre unique de coordination, d'orientation de mise en œuvre, de suivi évaluation de tous les partenaires, et ce rôle s'affirme au cours des ans.

5.1.1 Le PRODESS comme cadre de référence définissant la politique sanitaire, intégré dans la politique nationale de développement socio-économique

Le second PRODESS est en cours de mise en œuvre depuis 2005. Il comporte deux composantes: Santé et Développement social. La composante Santé comporte sept volets:

- 1) Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires;
- 2) Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines;
- 3) Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux;
- 4) Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie;
- 5) Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation;
- 6) Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche;
- 7) Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

Comme mentionné, dans le cadre de la mise en cohérence des politiques nationales, le PRODESS II est prolongé jusqu'en 2011 afin de correspondre au cycle du CSCR.

Le CSCR décrit les politiques et programmes que le Mali entend mettre en œuvre sur les plans macroéconomique, structurel et social afin de promouvoir la croissance et de réduire la pauvreté au cours de la période 2007-2011. Le Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT), annexe II du CSCR, tout en se basant sur la stabilité macroéconomique et la soutenabilité de la politique budgétaire, fait ressortir les allocations budgétaires par secteur. Pour atteindre ses objectifs, le CSCR propose trois orientations stratégiques, qui ont vocation à se renforcer mutuellement : (i) le développement des infrastructures et du secteur productif ; (ii) la poursuite et la consolidation des réformes structurelles ; (iii) le renforcement du secteur

social. Ces trois orientations stratégiques sont explicitées dans treize domaines prioritaires, dont «le développement de l'accès aux services sociaux de base». Le PRODESS constitue le plan opérationnel de mise en œuvre de ce domaine prioritaire pour ce qui concerne la santé et le développement social. Le CSCR (p. 53) stipule d'ailleurs que:

199. S'agissant du domaine de la santé et du développement social, l'axe prioritaire porte sur le renforcement des capacités des structures socio-sanitaires (disponibilité des ressources humaines de qualité et les médicaments essentiels), sur la base d'une capacité de réponse systématique aux besoins énergétiques nécessaires aux dites structures (conservation des médicaments et vaccins, stérilisation des matériels de soins, fonctionnement des équipements, éclairage) et leur accessibilité géographique et financière à travers notamment la décentralisation.

200. Pour cela, il faut noter que dans le PRODESS II, les orientations en matière de soins de santé portent sur (i) l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres (constructions, réhabilitations, relance de Centres de Santé Communautaire (CSCoM) non fonctionnel, (ii) le développement de partenariats avec des prestataires du secteur privé, (iii) le développement des stratégies alternatives (stratégie avancée, équipes mobiles et relais communautaires, promotion des pratiques familiales) dans les zones enclavées et peu peuplées, (iv) les approches multisectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres et marginalisées, (v) le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles et contre le paludisme, (vi) la gratuité de la césarienne, (vii) la prise en compte de besoins non satisfaits en matière de planification familiale et (viii) la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants.

Les indicateurs globaux et de suivi sectoriel du CSCR relatifs à la santé comprennent les quatre OMD y afférents:

- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (OMD 1);
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4);
- Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an (OMD 4);
- Taux de mortalité maternelle (OMD 5);
- Taux d'accouchements assistés y compris par les accoucheuses traditionnelles recyclées (OMD 5);
- Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (OMD 6);

de même que d'autres indicateurs issus du PRODESS:

- Pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé fonctionnel;
- Taux de couverture CPN.

Ceci démontre bien que le PRODESS est en adéquation avec le CSCR et avec les OMD. Le PRODESS est également confirmé comme un outil de première ligne dans la mise en œuvre de la politique sociale du Projet pour le Développement Economique et Social (PDES) du Président Amadou Toumani Touré, ainsi que dans le Plan Décennal pour la Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2006-2015.

Enfin, il est également tout à fait intégré avec les autres documents programmes tels que le Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida, la stratégie nationale de survie de l'enfant, la feuille de route de l'Union Africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la politique de développement des ressources humaines pour la Santé, le plan

stratégique national de renforcement du système de Santé, le plan national de recherche pour la Santé, la politique nationale de maintenance, le réseau de métrologie sanitaire.

5.1.2 Les priorités affichées dans la prolongation du PRODESS (2009-2011)

Un certain nombre de domaines faisant l'objet d'une attention particulière ont été pris en compte dans la prolongation du PRODESS II sur la période 2009-2011. Il s'agit notamment de la lutte contre le cancer, la malnutrition, les maladies tropicales négligées et la télémédecine. Des stratégies novatrices ont été initiées et mises en œuvre dans certains domaines (gratuité de la césarienne, de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte, des ARV, ...), à l'effet d'accélérer l'atteinte des objectifs. Le partenariat public-privé contribuera également à cet objectif. Certaines priorités ont justifié le développement de politiques spécifiques, en particulier:

- la Politique Nationale et le Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé;
- le Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS);
- la Politique Nationale de Recherche en Santé (PNRS);
- la stratégie de maintenance des infrastructures, équipements et matériels.

La prolongation du PRODESS II accorde dès lors une priorité toute particulière à la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile, ainsi qu'à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle. Les efforts seront centrés sur la poursuite de l'extension de la couverture sanitaire, notamment dans les zones pauvres ; l'amélioration de l'accès au paquet minimum d'activités (PMA) ; la mise en œuvre et/ou la mise à échelle de stratégies novatrices ; l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ; le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de soins obstétricaux et néonataux essentiels ; le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, le VIH/Sida et la tuberculose ; et le renforcement de la référence/évacuation. Concernant la lutte contre la malnutrition, il s'agira de mettre en œuvre le plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition ; une attention sera accordée à la dissémination des normes et procédures en nutrition d'une façon, et sur celle du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue. En matière de lutte contre le VIH/Sida, les actions devront contribuer à la réduction de la transmission du VIH et de l'impact du SIDA au Mali. Elles intégreront, entre autres, le renforcement du plateau technique des laboratoires des hôpitaux au niveau des régions pour le suivi biologique des malades sous ARV et l'institution de la prise en charge globale. Des actions seront également entreprises pour renforcer les activités de repositionnement de la planification familiale pour augmenter le niveau d'utilisation de la contraception et réduire le niveau des besoins non satisfaits.

En conclusion, la prolongation du PRODESS II a veillé à intégrer les différentes politiques nationales et internationales afin de mettre à échelle les stratégies efficaces pour l'atteinte des OMD.

5.2 Un processus unique de concertation et de coordination

Compte tenu du volume important de l'aide extérieur, le gouvernement accorde une attention particulière à la coordination et à l'harmonisation des interventions des PTF. La volonté des PTF de coordonner et d'harmoniser leurs procédures, sensible au Mali depuis une dizaine d'années, s'intensifie depuis la signature de la Déclaration de Paris. Au niveau global, un

Secrétariat à l'Harmonisation de l'Aide (présidé par le Ministère des Finances) a récemment été créé, et les politiques sont coordonnées autour du suivi de la mise en œuvre du CSCRP. Les PTF ont également leurs propres structures de coordination, dirigées par le Collectif des PTF et la Troïka, assistés du Pool Technique des PTF. Au niveau sectoriel, la coordination est assurée à travers des groupes thématiques, sectoriels et sous sectoriels.

Pour ce qui concerne le secteur de la santé, des **organes de coordination et de pilotage** existent pour assurer le leadership du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PRODESS. Ces organes sont structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique et opérationnel) et ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur (Etat, Collectivités, secteurs public et privé, société civile, système des Nations Unies, coopérations bi- et multilatérales, ONG). Ils sont décrits dans l'Annexe 2 et **fonctionnent pour assurer la concertation, la coordination et le suivi-évaluation du PRODESS** aux différents niveaux du système de santé. Le rôle du Comité Technique sera en outre élargi pour servir d'organe politique de suivi des engagements dans le cadre du présent Compact.

5.3 Un cadre budgétaire unique

Le secteur de la santé en général et le PRODESS en particulier est financé par plusieurs sources de financement. Le financement intérieur est composé des ressources de l'Etat (budget général et budget spécial d'investissement (BSI) intérieur), ainsi que de celles des Communautés, des Collectivités Territoriales et des ménages à travers le recouvrement des coûts. Le financement extérieur est composé des appuis budgétaires général et sectoriel, du BSI extérieur et des autres financements d'origine extérieure (agences des Nations Unies, PTF bi-et multilatéraux, ONG, coopération décentralisée, etc.). L'Annexe 3 présente les prévisions de financement du PRODESS sur la période 2005-2011.

Afin d'améliorer la cohérence de la programmation des ressources et des emplois entre les différents volets du PRODESS, **le Ministère de la Santé a élaboré depuis 2003 un cadre cohérent de budgétisation pluriannuelle du PRODESS, qui intègre les contributions de l'ensemble des sources de financement: le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT)**. Ce CDMT a été actualisé afin de prendre en compte les priorités actuelles et de tenir compte de la prolongation du PRODESS II. La contribution de la société civile et du secteur privé aux résultats est de plus en plus prise en compte.

Ce 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. 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 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.

Les tableaux ci-dessous présentent le coût total du PRODESS II prolongé couvrant la période de 2009 à 2011 selon un scénario minimum qui fait ressortir les besoins en ressources financières nécessaires à la préservation des résultats obtenus donc le maintien des acquis en matière de santé (Tableau I), un scénario moyen dans la perspective de ressources additionnelles pour l'accélération de l'atteinte des objectifs de santé (Tableau II), ainsi qu'un scénario maximum qui fait ressortir les besoins de financement nécessaires à l'atteinte des

objectifs du PRODESS II prolongé dans le cadre de l'accélération vers les OMD-Santé (Tableau III).

Tableau I: 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 I fait ressortir les besoins en ressources financières nécessaires pour une légère augmentation des couvertures en matière de santé.

Tableau II: 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 II fait ressortir en cours de mise en œuvre, la perspective de ressources additionnelles permettant le renforcement de certaines interventions prioritaires.

Tableau III: 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 III 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 IV: 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 3^{ème} 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 IV 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 2^{ème} référence, 10% pour les EPH de 3^{ème} référence et 30% pour le niveau central.

Tableau V: Coût prévisionnel total du PRODESS II prolongé (2009-2011) par zones 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 ² de l'année de base (2007), le tableau V 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 3^{ème} 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.

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.

En plus des trois scénarios ci-dessus qui s'inscrivent dans la logique de l'accélération de l'atteinte des OMD, un autre scénario reposant sur les ressources annoncées est pris en compte dans le présent COMPACT (voir les couvertures en annexe 5).

Ce scénario a été développé en raison de l'environnement économique international dans lequel la disponibilité de ressources additionnelles pourrait être critique. Dans le développement de cette option l'essentiel des ressources a été dirigé sur les interventions étroitement liées aux OMD au détriment de celles contribuant simplement aux OMD. Malgré cette disposition, il ressort que ce scénario pourrait conduire à une baisse de performance, car certains indicateurs essentiels pour l'atteinte des OMD auront un niveau en recul par rapport aux niveaux actuels.

Le CDMT constitue le cadre unique de budgétisation du PRODESS et donc du Compact. Il est utile de noter qu'afin de faciliter la programmation des appuis budgétaires, le cycle de programmation des appuis extérieurs a été dès 2007 harmonisé avec le cycle budgétaire national. Les appuis budgétaires servant à financer les priorités sectorielles, le CDMT permet d'orienter les ressources vers les priorités qui seraient sous-financées. Les engagements financiers des différents acteurs du PRODESS II prolongé sont spécifiés ci-dessous :

² Rapport financier DAF/MS du Comité Technique mai 2008

Tableau VI: Total des annonces par acteurs 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

Les financements disponibles sont constitués de la dotation du secteur de la santé inscrite dans le cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du Ministère des Finances (budget ordinaire, budget spécial d'investissement, contre partie intérieur, l'appui budgétaire général), du financement extérieur prévu dans le CBMT selon les accords signés et les annonces de financements faites par les Partenaires Techniques et Financiers En outre, le CDMT secteur santé prend en compte les recouvrements de coûts et l'appui des collectivités et des communautés. 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%.

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 VII: Gap de financement pour la période 2009 - 2011 (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

Pour atteindre les objectifs du PRODESS II prolongé, il est nécessaire de combler le gap de financement du scénario maximum (163,5 milliards de FCFA). Cependant en raison des contraintes de financement des objectifs intermédiaires peuvent être atteints en comblant le gap de financement du scénario moyen. 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 pour préserver les résultats dans un contexte de passage à échelle.

5.4. Un cadre unique de résultats

La Composante Santé du PRODESS II a défini des indicateurs de suivi, composés d'indicateurs d'impact et d'indicateurs de résultats pour chacun des sept volets³. Certains de ces indicateurs ont été sélectionnés pour assurer le suivi du CSCR et d'autres l'ont été pour servir de conditions de décaissement de l'appui budgétaire sectoriel et de l'appui budgétaire global de certains partenaires.

Afin de prendre en compte les nouvelles stratégies prioritaires du PRODESS II prolongé, la matrice d'indicateurs a été revue et ses cibles actualisées, en accord avec les PTF. En outre, en vue d'harmoniser les conditions pour faciliter le suivi des différents appuis, une liste d'indicateurs particulièrement «traceurs» a été tirée de la matrice exhaustive pour constituer un cadre commun de suivi du Compact (voir Annexe 5). Une matrice d'environ 35 indicateurs servira de cadre de suivi-évaluation de la mise en œuvre du programme sectoriel.

En conclusion, le suivi des résultats du PRODESS dans son ensemble continuera d'être assuré à travers l'analyse de l'ensemble des indicateurs définis dans la matrice exhaustive. Cependant, afin de rendre le dialogue politique autour des résultats gérable, les organes de suivi se focaliseront sur un suivi rapproché des indicateurs du cadre commun.

5.5. Une matrice unique de politique de réformes sectorielles

Le PRODESS II prolongé y compris la matrice des indicateurs prend en compte l'ensemble des documents constitutifs du COMPACT dont il est partie intégrante, à savoir:

- le document du Cadre des Dépenses à Moyen Terme du secteur de la Santé;
- la Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PDRHS);
- le Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé;
- la Politique Nationale de Recherche en Santé;
- le Réseau de métrologie sanitaire;
- la carte sanitaire;
- la stratégie nationale de survie de l'enfant;
- la feuille de route de l'Union Africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile;
- la Politique Nationale de Maintenance.

L'ensemble de ces documents soutiendront la mise en œuvre du PRODESS II prolongé et constituent des annexes au présent COMPACT, qui est un contrat de partenariat dans lequel les parties prenantes (Etat, société civile et PTF) s'engagent à mettre ensemble leurs efforts pour la réalisation des programmes de santé avec une prévisibilité de l'aide afin d'atteindre des OMD.

³ 4 indicateurs pour le Volet 1, 6 pour le Volet 2, 7 pour le volet 3, 20 pour le Volet 4, 5 pour le Volet 5, 13 pour le Volet 6, 10 pour le Volet 7.

5.6. Un cadre fiduciaire unique

Au Mali, la gestion des finances publiques est régie par les Lois n°060 et 061, portant respectivement Loi de Finances et fixant les principes de la comptabilité publique. Ces lois consacrent le principe de la séparation des pouvoirs d'ordonnateur et de comptable, assorti d'un contrôle de régularité a priori et de contrôle a posteriori. Les structures impliquées dans ce processus sont les ordonnateurs de dépenses, les comptables publics et les contrôleurs financiers.

La mise en œuvre de l'approche sectorielle et de l'appui budgétaire ont déjà permis de réaliser des progrès en matière d'harmonisation des procédures dans le secteur de la santé. Plus récemment, les agences des Nations Unies ont également simplifié leurs procédures de déboursement à travers l'«Approche Harmonisée des Remises d'Espèces» (*Harmonized Approach to Cash Transfers – HACT*). Toutefois, **des efforts supplémentaires d'harmonisation sont encore nécessaires**, car de nombreux PTF utilisent encore leurs propres procédures et systèmes de planification, de gestion, de suivi et d'évaluation (approche projet, avec ou sans unité de gestion de projet séparée). **Un des objectifs premiers du Partenariat International pour la Santé (IHP+) et du présent Compact est d'aligner au maximum les partenaires signataires sur les systèmes et procédures du pays bénéficiaire.** Le cadre fiduciaire retenu pour les signataires du Compact est décrit dans la section ci-dessous.

6. Les principes généraux et modalités de gestion de l'aide au développement

6.1. Dispositions générales

Le Gouvernement du Mali et ses partenaires au développement mènent une concertation de haut niveau afin d'adapter les modalités de gestion de l'aide en vue d'en améliorer l'efficacité. Le Ministère des Finances a élaboré un **Plan national d'actions sur l'efficacité de l'aide au développement (Déclaration de Paris : DP) 2007-2009**, qui précise, pour chaque objectif de la DP, une série d'actions à mener et d'indicateurs de suivi.⁴ Ce document définit donc les principes généraux et les modalités favorites de gestion de l'aide au développement.

En particulier, le document précise que les PTF sont censés s'engager à «passer à l'approche programme par l'appui budgétaire (général ou sectoriel) lorsque les conditions de base et autres préalables identifiées de concert avec le Gouvernement sont réunies». L'appui budgétaire, qu'il soit général ou sectoriel, est matérialisé par un accord cadre et des arrangements spécifiques conclus entre le gouvernement Malien et ses partenaires.⁵

⁴ Il s'agit par exemple d'harmoniser les différentes revues sectorielles avec le CSCR et de les aligner sur le calendrier budgétaire, de mener les réformes de la gestion des finances publiques, d'inciter les donateurs (y compris hors OCDE et les fonds globaux) à aligner leurs programmes de coopération avec le CSCR et plus particulièrement avec les CDMT sectoriels, d'accroître le nombre d'approches sectorielles, de paniers communs de financement et de coopérations déléguées, etc.

⁵ *Accord-cadre entre le Gouvernement du Mali et les Partenaires au Développement relatif aux appuis budgétaires* signé en mars 2005. *Arrangement spécifique entre le Gouvernement du Mali et les Partenaires au Développement relatif à l'Appui Budgétaire Sectoriel en faveur des secteurs sanitaire et social* signé en juillet 2006. *Arrangement spécifique entre le Gouvernement du Mali et les Partenaires au Développement relatif à*

Le présent Compact s'inscrit pleinement dans ces dynamiques et ces accords. Il n'entend pas s'y substituer mais plutôt préciser leur application au niveau du secteur de la santé. En outre, le Compact est basé sur le principe de redevabilité mutuelle.

Les principes généraux qui sont proposés en matière de cadre de gestion de l'aide sont les suivants:

- Les signataires s'engagent à respecter les engagements du COMPACT, après une période d'adaptation de leurs procédures, si nécessaire;
- Le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé s'engagent à améliorer la gestion des finances publiques d'ici 2012. La preuve de cette amélioration sera attestée par une évaluation de type revue PEFA, revue des dépenses publiques, suivi des dépenses jusqu'au destinataire, des comptes nationaux de la santé;
- Les Partenaires Techniques et Financiers signataires s'engagent à s'aligner, c'est-à-dire à recourir de plus en plus à des modalités d'aide qui passent par les systèmes nationaux (moyennant la preuve de leur bon fonctionnement) dès l'exercice budgétaire 2012;
- Les Partenaires Techniques et Financiers signataires doivent s'assurer que les ONG qu'ils financent respectent la politique sectorielle de santé et que leurs informations sont incluses dans le système d'information;
- Pour ce qui concerne le système de rapportage et de suivi/évaluation, l'ensemble des partenaires signataires s'engage dès le début de la mise en œuvre du Compact (2009) à utiliser le cadre commun de suivi/évaluation du Compact et dès lors, à ne pas exiger de rapports individuels.

6.2. Les modalités d'aide offertes aux Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact

Dans une phase transitoire, afin de s'ouvrir à un maximum de partenaires et de permettre à chacun de réaliser ses adaptations, trois options de financement sont offertes aux PTF signataires du Compact A terme, en fonction de l'évolution du contexte (décentralisation, gestion axée sur les résultats, contractualisation, ...), une seule modalité faisant l'objet d'un consensus entre tous les partenaires sera probablement retenue.

Les modalités d'aide assurant l'additionalité des ressources pour le secteur de la santé, qui seront privilégiées dans un premier temps auprès des PTFs signataires du Compact sont:

- (i) l'appui budgétaire global (ABG), permet de réduire le déficit budgétaire de l'Etat. Par ce biais, il doit contribuer à augmenter la part du secteur de la santé dans le budget de l'Etat conformément aux engagements d'Abuja;
- (ii) l'appui budgétaire sectoriel (ABS);
- (iii) les procédures PRODESS (comptes A-B-C);
- (iv) les procédures « HACT », c'est-à-dire le système harmonisé de transfert des fonds qui sera utilisé par au moins cinq agences du système des nations unies (OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP, PAM, etc.).

Hormis les engagements en cours de mise en œuvre, toute nouvelle convention de financement devrait de préférence s'inscrire dans l'une des procédures ci-dessus citées. Le

plaidoyer se poursuivra avec l'ensemble des partenaires notamment ceux du système des nations unies pour une évolution rapide vers les procédures nationales.

6.3. Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement

Les Partenaires Techniques et Financiers signataires de ce Compact acceptent de se conformer aux procédures du gouvernement malien relatives à la mobilisation et à la gestion de l'aide publique au développement. Toutes les transactions d'aide seront sujettes à des accords et/ou ententes signés qui auront été visés par le Ministère en charge des Finances et par les signataires du Compact.

Le Ministère de la Santé ou toute autre structure gouvernementale désignée comme le principal bénéficiaire d'une aide sera responsable de la mise en œuvre des investissements et autres dépenses convenues. Il/elle s'engagera dans un dialogue régulier avec le Ministère en charge des Finances sur les aspects de mise en œuvre qui nécessitent une attention particulière, par exemple lorsque des délais de déboursement posent un problème ou lorsqu'il y a des délais ou mécanismes de mise en œuvre contraignants.

6.4. Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux

Plusieurs initiatives globales pour la santé, dont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de même que la Fondation Bill et Melinda Gates, sont signataires de l'IHP, et souscriront donc totalement aux engagements du Compact. Les partenaires signataires ajusteront l'allocation des ressources domestiques et de l'aide au développement de manière à s'assurer que les financements verticaux ne distordent pas les priorités énoncées dans le CDMT révisé du PRODESS et soient intégrés dans le budget.

Par contre, les autres initiatives et fonds verticaux qui ne sont pas signataires de l'IHP seront (au même titre que les autres PTF) invités à s'inscrire autant que possible dans les orientations du Compact, soit dans la perspective de la recherche de synergies positives entre ces initiatives et le renforcement du système de santé. Si une certaine latitude sera accordée en matière de modalités de financement, il sera impératif que les initiatives et fonds verticaux s'alignent parfaitement avec le programme de développement du secteur, à savoir le PRODESS II prolongé et les documents politiques et stratégiques qui y sont liés (PNDRHS, PSN/RSS, PNRS, etc.) et évitent de créer des processus parallèles de discussion. En particulier, il sera requis que lesdites initiatives contribuent positivement au renforcement du système de santé. Les fonds fourniront également toute l'information sur leurs activités financées de cette façon au Ministère des Finances.

Le Gouvernement du Mali s'engagera à ne pas accepter de programmes de financement qui ne sont pas alignés sur les documents de politique nationale. Le respect de cet engagement sera contrôlé par les partenaires lors des Comités Techniques et de Suivi du PRODESS.

6.5 L'assistance technique

Toute l'assistance technique (AT) fournie au gouvernement sera focalisée sur le développement des capacités des institutions nationales (administration publique, secteur privé, société civile) en renforçant les compétences du personnel et/ou en développant des systèmes et procédures adaptés au contexte local. Tous les termes de référence pour l'AT devront reconnaître qu'il s'agit là de leur objectif ultime.

L'opportunité de la mise en œuvre du Compact sera saisie pour mettre en place un **Cadre institutionnel réglementant la fourniture d'Assistance Technique (AT) dans le secteur de la Santé** au Mali. Ce cadre sera basé sur:

- 1) La création d'une Commission de Coordination de l'Assistance Technique (CCAT), sous la direction de la CPS-Secteur Santé. Les modalités de fonctionnement de ladite commission seront précisées par les textes de création;
- 2) Le respect d'un Code de Bonne Conduite réglementant l'assistance technique apportée au secteur de la Santé;
- 3) A terme, la mise en œuvre d'un Accord-cadre sur la mise en commun de l'assistance technique au secteur de la Santé.

Les partenaires du PRODESS s'engageront, à respecter ce cadre, et notamment à soumettre la fourniture d'AT à l'avis de la CCAT.

6.6. Les partenaires techniques et financiers non signataires du Compact

Le Ministère de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers signataires de l'IHP et du Compact s'emploieront à faire le plaidoyer pour convaincre un maximum de partenaires d'intégrer le dispositif de gestion et de suivi du Compact.

7. Les engagements du Gouvernement du Mali dans le cadre de la mise en œuvre de ce Compact

Reconnaissant la volonté des partenaires au développement d'apporter un appui de long terme dépend de leur confiance dans la transparence, la prévisibilité et l'efficacité du processus budgétaire du Gouvernement ainsi que dans la compétence des agents en charge de ce processus, le Gouvernement du Mali à travers le Ministère de la Santé s'engage à:

- a) Assurer que les plans stratégiques et l'entièreté du PRODESS contiennent des objectifs-clairs et alignés sur les OMD, que les mesures indiquées pour atteindre ces objectifs aient démontré leur efficacité et soient entièrement quantifiées, que le PRODESS soit parfaitement cohérent avec le CSCR, qu'ils soient issus d'un processus consultatif impliquant les PTF et la société civile, et qu'il existe un cadre de suivi-évaluation parfaitement clair pour faire le lien avec le Plan Décennal pour la Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2006-2015;
- b) Consulter régulièrement les Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les organes principaux de

gestion du PRODESS (Comité Technique, Comité de Suivi), ainsi qu'à travers la revue annuelle du CSCRП;

- c) Assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les signataires du Compact quant aux allocations budgétaires;
- d) Mettre en œuvre le budget de manière cohérente avec les allocations convenues dans le CDMT Santé, en consultant les signataires du Compact sur les changements majeurs intervenant en cours d'année budgétaire,
- e) Assurer une augmentation de la proportion du Budget d'Etat alloué au secteur Santé conformément aux engagements d'Abuja;
- f) Continuer à améliorer la qualité de la gestion des dépenses publiques tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentré et décentralisé, en mettant en œuvre les réformes prévues et en appliquant les textes sur la décentralisation, et en faisant la revue annuelle des progrès avec les partenaires;
- g) Vérifier les améliorations de la gestion des finances publiques en collectant des informations et en menant des analyses indépendantes, et en soutenant des revues des dépenses publiques régulières;
- h) Améliorer la redevabilité du gouvernement envers les citoyens en promouvant l'accès public aux informations sur les plans, budgets, dépenses et résultats de l'Etat à tous ses niveaux;
- i) Mettre à disposition des capacités adéquates pour la gestion et la coordination de l'aide. A cette fin, une évaluation des besoins en termes de capacités pour faciliter la gestion de l'aide sera mise en œuvre, et un plan d'activités prioritaires de développement des capacités (aux niveaux central et périphérique) sera conçu et mis en œuvre;
- j) Renforcer le cadre unique d'évaluation des résultats du programme santé;
- k) Assurer la mise à disposition à temps des résultats des indicateurs du cadre commun et faire des progrès en intégrant les contributions du secteur privé / société civile aux résultats;
- l) Renforcer la contractualisation basée sur la performance;
- m) Poursuivre les actions entreprises dans le cadre du Programme d'Action Gouvernementale de l'Amélioration et la Modernisation de la Gestion des finances publiques (PAGAM/GFP);
- n) Améliorer la gestion du Système National d'Information Sanitaire (SNIS);
- o) Respecter les échéances du processus de planification;
- p) Soutenir politiquement l'augmentation des allocations aux niveaux opérationnels de mise en œuvre et aux zones dites de pauvreté (cf. CDMT-Santé);
- q) Mettre en œuvre les réformes relatives à la passation des marchés publics;
- r) Renforcer le partenariat avec la société civile dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du PRODESS en vue d'assurer une appropriation des politiques de santé par les populations;
- s) Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODESS.

8. Les engagements des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact

Les Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact s'engagent à mettre en œuvre tous leurs efforts afin de:

- a) Annoncer leurs engagements financiers au PRODESS, ou leur appui au secteur santé, pour les 3 prochaines années, si leur cycle de programmation le permet;

- b) Notifier leurs engagements financiers à temps pour inscription dans la Loi des Finances, tenant compte du calendrier harmonisé;
- c) Contribuer à la réduction du gap de financement du CDMT en vue de l'atteinte de tous les objectifs du PRODESS II prolongé (i.e. scenario maximum), **ceci autant que leur autorité le leur permette** ;
- d) Respecter les modalités de gestion de l'aide des accords et/ou ententes techniques et financiers;
- e) S'aligner sur le processus de planification et de budgétisation du PRODESS II prolongé, Cf. modalités décrites dans paragraphe 6.2;
- f) S'aligner sur les procédures communes de suivi et d'évaluation du PRODESS II prolongé;
- g) Promouvoir les missions conjointes;
- h) S'assurer que les financements accordés à la société civile dans le domaine de la santé sont conformes avec les objectifs du PRODESS II prolongé.

Quant aux Partenaires Techniques et Financiers qui n'ont pas encore signé le Compact, le Mali accepte qu'ils utilisent des procédures propres, mais les encourage vivement à davantage s'aligner sur les procédures nationales. Ce souci de l'alignement s'inscrit d'ailleurs pleinement dans les engagements pris dans le cadre de la Déclaration de Paris et de la Stratégie Commune d'Assistance Pays.

9. Suivi des engagements et résolution des conflits

9.1. Le cadre de suivi et d'évaluation des engagements mutuels du Compact

Outre le cadre commun d'évaluation de la performance de la mise en œuvre du PRODESS, le suivi des engagements mutuels du Compact sera assuré grâce à la revue périodique des indicateurs suivants:

A) Indicateurs de suivi des engagements du gouvernement:

- Les documents du PRODESS II prolongé validé et du COMPACT signés;
- La tenue annuelle de deux réunions du Comité technique et d'une réunion du comité de suivi du PRODESS selon le calendrier prévu;
- La tenue des sessions annuelles d'arbitrage budgétaire avec les signataires du Compact;
- L'allocation d'au moins 60% (répartition dépend du CDMT 2009-2011) 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;
- La validation du rapport annuel d'Audit externes des comptes du PRODESS;
- La production annuelle des différents annuaires statistiques sanitaires;
- Le % du Budget national alloué au secteur Santé est respecté;
- Le % du Budget national alloué initialement, exécuté;
- Existence d'un plan d'activités prioritaires de développement des capacités (aux niveaux central et périphérique);
- Existence et validation d'une Revue des Dépenses Publiques / Rapport de Suivi des Dépenses jusqu'à destination.

B) Indicateurs de suivi des engagements des partenaires au développement signataires:

- Nombre de PTF appuyant le PRODESS;
- Pourcentage des apports d'aide destinés au secteur santé qui est comptabilisé dans le budget national (indicateur 3 Déclaration Paris) / Le pourcentage du financement extérieur non inclus dans le Cadrage Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) du Ministère des Finances;
- Pourcentage des donateurs et des apports d'aide utilisant les systèmes de passation des marchés des pays partenaires;
- Pourcentage des PTF et % d'aide utilisant les 3 systèmes de gestion des finances publiques proposés dans le COMPACT;
- Pourcentage de versements opérés par des PTF au Gouvernement selon des calendriers convenus;
- Nombre / Pourcentage de PTF qui utilise la revue sectorielle conjointe comme seule revue dans le secteur Santé;
- Pourcentage de missions sur le terrain qui sont effectuées conjointement;
- Nombre d'unités de gestion parallèles de projets existantes;
- Nombre de PTF appuyant le plan d'activités prioritaires de renforcement des capacités.

9.2. Résolution des conflits

Le Comité Technique et le Comité de Suivi du PRODESS seront les principaux organes de suivi de la mise en œuvre de ce Compact. Ils effectueront des revues semestrielles:

- du respect des engagements du gouvernement quant à la mise en œuvre du PRODESS et de son budget. Ceci sera basé sur les rapports techniques et financiers produits et diffusés à l'occasion des différents organes de suivi du PRODESS;
- du respect des engagements mutuels du gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact en matière de gestion de l'aide, tels que décrits ci-dessus;
- des déboursements d'aide des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact.

Dans le cas de non respect des engagements mutuels, les conflits seront portés à la connaissance de la Commission Mixte Mali-Partenaires et des sièges des organisations impliquées, afin de trouver une solution consensuelle.

Fait à Bamako, le 20 avril 2009

Pour le Gouvernement du Mali

Le Ministre de la Santé

Les partenaires au développement

Pour les Pays Bas

Pour l'UNICEF

Pour le Canada

Pour la Banque Mondiale

Pour la France

Pour l'OMS

Pour la Belgique

Pour la DCE

Pour la Suède

Pour l'UNFPA

Pour la Coopération Suisse

Pour l'ONUSIDA

Annexes

Annexe 1 : Evolution de quelques indicateurs clés

	2004 (référence)		2005		2006		2007	Source
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Réalisé	
1. Taux d'exécution du budget récurrent du secteur de la santé	≥ 95%	98,68%	≥ 95%	-	≥ 95%	96,93 %	≥ 95%	Rapport financier
2. % de population vivant dans un rayon de 5 km d'un CSCOM fonctionnel ⁶	47%	48%	49%	50%	50%	51%	58%	PRODESS MS SNIS
3. Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an	80%	90%	90%	91%	90%	92%	94%	PRODESS MS SNIS *
4. Taux de couverture CPN	57%	75%	76% (64%)	75%	77% (68%)	75%	78%	PRODESS MS SNIS *
5. Taux d'accouchements assistés y compris par Accoucheuses Traditionnelles Recyclées	43%	49%	51%	53%	53%	55%	58%	PRODESS MS SNIS *
6. Nombre de Couples Année protection			NA	3.16%	NA	3.76%	68487	PRODESS MS SNIS *
7. % de population couverte par des mutuelles de santé		0,8%	1,2%		1,6%	1,5%	1,7%	SISO
8. % d'ASACO fonctionnelles		63%	68,4%		72,7%	74 %	76,2%	SISO
9. Taux de mortalité maternelle	582/100 000 en 2001					464 /100.000		EDSM
10. %d'enfants souffrant de retard de croissance	38% en 2001					32%		EDSM
11. Taux de mortalité infanto juvénile	229‰ en 2001					191‰		EDSM
12. Prévalence du VIH/SIDA	1,7% en 2001					1,3%		EDSM

⁶ A la fin de 2006, dénombrait quelque 785 Centres de Santé Communautaires (CSCOM, qui sont les structures de soin de premier niveau) (source : Direction Nationale de la Santé).

Annexe 2 : Architecture des organes de concertation du PRODESS

ORGANES	MISSIONS	PARTICIPANTS				Rythme réunions statutaires
		G	PTF	S C	Autres	
COORDINATION PRODESS						
Comité de Suivi (co-présidé par les Ministres de la santé et du Développement social)	<ul style="list-style-type: none"> -Définir les orientations relatives à la mise en œuvre et à l'évaluation du PRODESS -Promouvoir le dialogue entre le Gouvernement et ses partenaires -Evaluer l'état d'avancement du PRODESS et indiquer des solutions aux problèmes rencontrés -Approuver les rapports d'activités et les programmes opérationnels annuels soumis par le comité technique 	X	X	X	X	1/an
Comité Technique (co-présidé par les Secrétaires Généraux des Ministères de la Santé et du Développement social)	<ul style="list-style-type: none"> -Préparer les sessions du comité de suivi -Examiner l'état d'avancement technique et financier du programme et donner des directives pour l'élaboration des programmes opérationnels annuels -Examiner toutes questions relatives aux programmes spécifiques 	X	X	X	X	2/an
Comité de Pilotage (co-présidé par les Secrétaires Généraux des 2 Ministères)	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations du comité de suivi et du comité technique 	X	X	X	X	Tous les 2 mois
Comités Régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (présidés par les Gouverneurs des Régions)	<ul style="list-style-type: none"> -Examiner et valider les plans et programmes de développement sanitaire et social des districts sanitaires de la région -Valider les rapports techniques et financiers des districts sanitaires et des EPH dans les régions -Faire un rapport au comité technique 	X	X	X	X	1/an
Conseil de Gestion (présidé par le Président du Conseil de Cercle)	<ul style="list-style-type: none"> -Adopter le plan de développement sanitaire et social des districts sanitaires -Examiner et adopter les programmes opérationnels des districts sanitaires -Assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes opérationnels -Faire le point sur l'état d'exécution des conventions d'assistance mutuelle (Collectivités territoriales, ASACO) 	X	X	X	X	2/an
Journées d'Evaluation et de Programmation des Structures Centrales (présidées par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé)	<ul style="list-style-type: none"> -Valider les rapports techniques et financiers des structures centrales du Ministère de la Santé -Examiner toutes les grandes questions relatives à la mise en œuvre du programme -Faire un rapport au Comité Technique 	X	X	X	X	1/an

ORGANES	MISSIONS	PARTICIPANTS				Rythme réunions statutaires
Mission Conjointe de Suivi (coordonnée par le Directeur de la CPS)	-Assurer le suivi de la mise en œuvre du programme sur le terrain -Faire rapport au comité technique	X	X	X	X	1/an
COORDINATION VIH/SIDA						
Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA – HCNLS (présidé par le Président de la République)	-Définir la politique nationale en matière de lutte contre le VIH-SIDA -Fixer les orientations relatives au développement des stratégies nationales et des programmes y afférents -Faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources et l'adhésion des populations -Suivre les programmes d'interventions sectoriels	X	X	X	X (dont privé)	2/an
Comités sectoriels de coordination de lutte contre le SIDA (sous la responsabilité des différents Ministres)	-Elaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA -Faire rapport au HCNLS	X	X	X	X	4/an
Comités régionaux, de Cercle, de Commune, de Village de lutte contre le SIDA	-Intégrer la lutte contre le SIDA dans les plans de développement -Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources -Assurer le suivi des programmes d'intervention -Faire rapport au HCNLS	X	X	X	X	-

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

En outre, dans le cadre de la coordination, des évaluations à mi-parcours et finale sont réalisées. Des audits internes et externes financiers annuels permettent également de corriger les insuffisances constatées et de rectifier certaines stratégies.

Annexe 3 : Financements disponibles

Tableau I : 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

Tableau II : 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	15 520 194
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

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

		2009	2010	2011	Total
Pays Bas	FENASCOM	69 200			69 200
	AMPPF (pas encore signé)	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
	Appui au secteur de la réadaptation fonctionnelle (stratégies avancées 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 Développement 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	491 968	491 968	0	983 936

		2009	2010	2011	Total
	tuberculose et paludisme				
	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
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 IV : Total des annonces par acteurs 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 COÛTS	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

Annexe 4 : Cadre commun de mesures des indicateurs

INDICATEUR 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 CSCom		94,14	96		98	100	100
17	Disponibilité des médicaments du panier			95%		95%	≥95%	≥95%
18	Taux de réalisation de la césarienne		1,89 %	2,06%		3%	4%	5%

Indicateurs		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
19	Proportion de nouveau-nées séropositives nées de mères séropositives sous ARV							
20	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV					100%	100%	100%
21	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance					3	3	3
22	Nombre de couples année protection (CAP)			68 487				
22.1	Proportion de couple année protection			2,37%				
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					>=95%	>=95%	>=95%
25	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau							
	CSRef		1058 F	1282 F		<=2000F	<=2000F	<=2000F
	CSCom		946 F	1107 F		<=1500	<=1500	<=1500
26	Taux d'exécution budgétaire					>=95%	>=95%	>=95%
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 / 100000		464					344
30	Taux mortalité infanto-juvénile / 1000		191					150
31	Taux de mortalité infantile / 1000		96					56
32	Taux de mortalité néonatale / 1000		46					30
33	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans		32%					27%
34	Taux de prévalence du VIH/SIDA		1,3%					1%
35	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO		44,7%					50%

Annexe 5 : Evolution des indicateurs par scénario

Tableau I: Couverture actuelle et objectifs des interventions du niveau familial et communautaire retenues dans le PRODESS II prolongé.

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

Tableau II : Couverture actuelle et objectifs des interventions orientées vers les populations (stratégie avancée).

Indicateurs stratégie avancée et mobile	*Donnée de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Planification familiale (taux prévalence contraceptive méthode moderne)	8%	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%

Indicateurs stratégie avancée et mobile	*Donnée de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
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 ; *** données d'enquêtes ou études spécifiques ; **** outil bilan « C » 2007

Tableau III : Couverture actuelle et objectifs des interventions offerts au niveau CSCOM (centre fixe).

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 2^{de} intention)**	18%	18%	18,5%	19%	20%
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 ; **** outil bilan « C » 2007

Tableau IV : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des centres de santé de référence (CSREF)

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 Prématuration 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%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets) **	37%	37%	38%	39%	40%
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%

Indicateurs niveau CSREF (1ère Référence)	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
(Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV)***	37%	37%	38%	40%	41%
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 2ème 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

Tableau V : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 2^{ème} niveau de référence

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 Prématuration 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%

Indicateurs niveau 2ème référence	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
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%
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 aiguës****	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

Tableau VI : Couverture actuelle et objectifs des interventions offertes au niveau des EPH de 3^{ème} niveau de référence

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%

Indicateurs niveau 3ème référence	*Données de base	Scénario ressources annoncées	Scénario minimum	Scénario moyen	Scénario maximum
Proportion d'établissements disposant d'un système de gestion des déchets biomédicaux et autres déchets dangereux	100%	100%	100%	100%	100%

*Source : SIH 2007