



**DOCUMENTATION DES RÉSULTATS DE LA MISE EN
ŒUVRE DES PRINCIPES DE L'EFFICACITÉ DE L'AIDE
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

ÉTUDE DE CAS DU MALI

VERSION FINALE, 31 OCTOBRE 2011

**ELISABETH PAUL, CONSULTANTE OMS
(E.PAUL@ULG.AC.BE)**

Table des matières

Liste des abréviations utilisées	3
Résumé exécutif	5
Contexte et définition de la problématique.....	5
Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?	5
Résultat n°1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?	7
Résultat n°2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?	7
Résultat n°3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?	8
Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?	9
Conclusions.....	10
1. Introduction.....	11
2. Contexte et définition de la problématique.....	11
2.1 Environnement socio-économique et politique du pays.....	11
2.2 Environnement global de l'aide au développement	13
2.3 Principaux défis sanitaires et systémiques et priorités politiques dans le domaine de la santé.....	15
2.3.1 <i>Situation sanitaire</i>	15
2.3.2 <i>Politique nationale de santé</i>	16
2.3.3 <i>Financement de la santé</i>	17
2.4 Principaux défis de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, que les efforts de mise en œuvre des principes de Paris ont tenté de relever.....	19
3. Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?	23
3.1 Appropriation et leadership.....	24
3.2 Harmonisation et alignement sur les systèmes nationaux	25
3.2.1 <i>Alignement sur les stratégies nationales</i>	25
3.2.2 <i>Alignement sur les procédures nationales de gestion financière</i>	26
3.2.3 <i>Autres efforts en termes d'alignement sur les systèmes nationaux</i>	28
3.2.4 <i>Harmonisation entre les interventions des PTF</i>	28
3.3 Gestion orientée vers les résultats	29
3.4 Responsabilité mutuelle.....	30
4. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?.....	32
4.1 Résultat n°1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?	32
4.1.1 <i>Evolution des financements extérieurs alloués au secteur</i>	32
4.1.2 <i>Evolution de la prévisibilité de l'aide</i>	33
4.1.3 <i>Evolution des coûts de transaction</i>	34
4.1.4 <i>Changements en termes de partenariat</i>	34
4.1.5 <i>Appui au développement des capacités</i>	35
4.2 Résultat n°2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?.....	36
4.2.1 <i>Les changements au niveau de la gouvernance, de l'analyse et de la planification sanitaire</i>	36
4.2.2 <i>Les changements au niveau du financement (allocation des ressources et gestion financière)</i>	37
4.2.3 <i>Les changements au niveau des infrastructures</i>	38
4.2.4 <i>Les changements au niveau des ressources humaines</i>	39
4.2.5 <i>Les changements au niveau des médicaments, vaccins et consommables</i>	39
4.2.6 <i>Les changements au niveau du système d'information</i>	40
4.3 Résultat n°3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?	41
5. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?	44
6. Conclusions	47
7. Références.....	50
7.1 Documents officiels du gouvernement malien	50
7.2 Etudes et évaluations diverses.....	50
7.3 Sites internet	51
7.4 Personnes interviewées.....	51
7.4.1 <i>Octobre 2010 (évaluation des appuis budgétaires)</i>	51
7.4.2 <i>Janvier 2011 (préparation d'une note pour le rapport du TT HATS)</i>	52
7.4.3 <i>Entrevues téléphoniques, mai 2011</i>	52
Annexe 1 : Cadre commun de mesures des indicateurs du PRODESS II prolongé.....	53

Liste des abréviations utilisées

AB/ABG/ABS	Appui budgétaire / global / sectoriel
AFD	Agence française de développement
APD	Aide publique au développement
ASACO	Association de Santé Communautaire
AT	Assistance / Assistant Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BID	Banque Islamique de Développement
BSI	Budget Spécial d'Investissement
CAD	Comité d'Aide au Développement
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CE	Commission Européenne
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CHPP	Country Health Policy Process
CNS	Comptes nationaux de la santé
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CROCEP	Comités Régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CRS	Creditor Reporting System
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
CTB	Agence belge de développement
DAF	Direction Administrative et Financière
DGB	Direction Générale du Budget
DP	Déclaration de Paris
DRS	Direction(s) Régionale(s) de la Santé
DTS	Dépenses totales de santé
EDS.M	Enquête Démographique et de Santé – Mali
FENASCOM	Fédération Nationale des ASACO
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GdM	Gouvernement du Mali
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria
GFP	Gestion des Finances Publiques
GHO	Global Health Observatory
IHP+	International Health Partnership et initiatives liées
JANS	Joint Assessment of National Strategies
LdF	Loi de Finances
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
PAGAM-GFP	Plan d'Action Gouvernemental relatif à l'Amélioration et la Modernisation de la Gestion des Finances Publiques
PDDSS	Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire
PDES	Programme de Développement Economique et Social
PEV	Programme élargi de vaccination

PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDRHS	Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Plan(s) opérationnel(s) (du PRODESS)
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPP	Parité de pouvoir d'achat
PRODESS	Programme décennal de Développement socio-sanitaire
PSN-RSS	Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population
PTF	Partenaire(s) technique(s) et financier(s)
RDH	Rapport sur le Développement Humain
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources humaines
RMS	Réseau de Métrologie Sanitaire
RSS	Renforcement du système de santé
SCAP	Stratégie commune d'assistance pays
SHA	Secrétariat à l'Harmonisation de l'Aide
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé reproductive
TT HATS	Task Team on Health as A Tracer Sector
UE	Union Européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine

Résumé exécutif

Contexte et définition de la problématique

Le Mali est un pays très pauvre mais il a réussi à maintenir un taux de croissance réel de l'ordre de 5% au cours des dix dernières années. Il bénéficie d'une bonne stabilité macroéconomique et politique qui a permis au gouvernement d'entreprendre une série de réformes qui influent sur le secteur de la santé.

Le Mali dépend fortement de l'aide publique au développement (APD) qui compte pour en moyenne 9% du PIB et 30% des dépenses publiques. Le GdM privilégie l'appui budgétaire (AB), qui a beaucoup augmenté depuis le début des années 2000 et représente désormais un peu plus de 40% de l'APD.

Malgré une amélioration des principaux indicateurs au cours de la dernière décennie, la situation sanitaire de la population malienne demeure préoccupante, et la pression démographique pose un défi énorme pour la fourniture de services sociaux. La politique sanitaire est opérationnalisée à travers le Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS).

La part de la santé dans le budget de l'Etat augmente depuis quelques années, pour s'établir actuellement à 8,4% des dotations totales. La principale source de financement du PRODESS vient du budget de l'Etat. Les financements extérieurs par projets ont régulièrement augmenté jusqu'en 2007, mais ont connu une chute brutale en termes d'exécution en 2008 et 2009.

Une cinquantaine de partenaires techniques et financiers (PTF) interviennent dans le secteur de la santé, ce qui pose bien entendu d'importants défis. Depuis le lancement effectif du PRODESS en 1999, celui-ci est géré à travers une approche sectorielle, ce qui signifie que l'ensemble des parties prenantes – gouvernement, PTF et société civile – appuient le même programme selon un processus institutionnalisé piloté par les structures pérennes du gouvernement.

Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?

L'instrument primordial de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide est l'approche sectorielle à travers laquelle le PRODESS est géré et qui repose sur les piliers suivants :

- Le PRODESS, les documents stratégiques qui l'accompagnent et le CDMT qui les traduit en termes budgétaires définissent les stratégies sectorielles de façon cohérente et ils constituent le cadre unique de programmation du secteur ;
- Les organes de pilotage du PRODESS constituent le cadre unique de coordination sectorielle, dirigé par le GdM et faisant largement participer la société civile ;
- Le suivi de la mise en œuvre et des résultats du PRODESS est assuré de manière conjointe au cours des organes de pilotage.

L'approche sectorielle a permis d'obtenir des acquis rapides et s'est consolidée au fil du temps, notamment suite à la signature en avril 2009 du Compact national IHP+ formalisant l'engagement du GdM et de treize PTF d'appuyer le PRODESS dans un cadre commun. Par ailleurs, d'autres changements dans la façon de mettre en œuvre les principes de l'efficacité de

L'aide ont « percolé » du niveau central vers le secteur de la santé, en particulier l'appui budgétaire. Au total, les principes de l'efficacité de l'aide ont pu être mis en œuvre comme suit :

- L'appropriation du PRODESS par les parties prenantes nationales s'est considérablement renforcée, ce qui est un des « gains rapides » de l'approche sectorielle qui met le GdM aux commandes des organes du programme sectoriel, tout en permettant une large participation du niveau régional, de la société civile et des PTF. Le processus de planification « de bas en haut » du PRODESS et la mission conjointe de suivi annuelle contribuent à l'appropriation jusqu'au niveau opérationnel. La collaboration avec le MEF et d'autres ministères a également été renforcée. Le processus de préparation et de suivi du Compact/IHP+ a permis d'instaurer une dynamique de travail très inclusive qui est désormais institutionnalisée.
- Le leadership dans la conduite du développement du secteur et la coordination des parties prenantes s'est également renforcé. Les capacités du Secrétariat permanent du PRODESS ont été renforcées pour lui permettre de mener sa mission à bien. On constate ici un cercle vertueux entre les piliers de la Déclaration de Paris car l'alignement sur le programme national a mis en exergue le besoin de renforcer les capacités de la CPS et les appuis concomitants ont permis de renforcer son leadership et sa capacité à gérer le programme.
- Pour ce qui concerne l'alignement sur les stratégies nationales, tous les financements extérieurs au secteur de la santé s'inscrivent dans le PRODESS, hormis quelques interventions marginales (si ce n'est la construction récente par la Chine d'un nouvel hôpital à Bamako). Toutefois, au niveau opérationnel, certaines interventions des PTF ne sont pas totalement intégrées dans les activités normales des structures de soins.
- Concernant l'alignement sur les procédures nationales, les procédures spécifiques « PRODESS » sont largement inspirées des procédures normales de l'Etat mais laissent plus de liberté de gestion aux autorités sanitaires, ce qui fait que ces dernières continuent de privilégier ces procédures plutôt que l'ABS qui est géré par les structures du MEF. Les quatre modalités d'aide privilégiées par le Compact/IHP+ (ABG, ABS, procédures PRODESS et HACT) ont permis des progrès en termes d'alignement sur les procédures nationales de gestion financière. Cependant, les donateurs continuent à proliférer et de nombreux projets ciblés sur certains problèmes de santé et assortis de procédures spécifiques (en particulier, le Fonds Mondial) sont encore gérés dans le secteur. Bien que la gestion de l'ABS ait initialement posé des problèmes, les partenaires ont cherché des solutions pour en améliorer la gestion et appuyer la GFP plus largement ; c'est ainsi que la collaboration avec le MEF a été considérablement renforcée.
- Les ABG et ABS sont fournis dans un cadre harmonisé et divers autres progrès en matière d'harmonisation sont à trouver dans le processus commun de coordination et de planification, les missions conjointes de suivi annuelles et l'entente sur une matrice commune de suivi du PRODESS. Les PTF organisent de plus en plus d'activités conjointement en appui au MS.
- L'accent sur le suivi et la gestion orientée vers les résultats du secteur de la santé dans son ensemble a commencé avec le lancement de l'approche sectorielle en 1999 et a été renforcé au fur et à mesure sous l'influence du CSLP (2002), de l'ABG de la Commission européenne (2003), de l'ABS (2006) et du Compact/IHP+ (2009). Trente-cinq indicateurs de la matrice de suivi du PRODESS ont été retenus pour constituer un cadre commun de suivi, qui fait désormais l'objet d'un suivi de la part de l'ensemble des acteurs lors des organes de pilotage. Au cours des dernières années, le dialogue sur les politiques s'est tourné vers plus de priorités stratégiques.
- Le principal lieu d'exercice de la responsabilité mutuelle repose dans les organes de pilotage du PRODESS qui réunissent les ministères concernés, la société civile et les PTF. Le processus de préparation du Compact/IHP+ a permis de renforcer la dynamique de travail en commun et le cadre de dialogue sectoriel est désormais davantage basé sur le suivi des résultats et l'analyse des problèmes. Le Compact/IHP+ définit les engagements respectifs du

gouvernement et des PTF et le suivi de sa mise en œuvre a renforcé la responsabilité mutuelle. Des améliorations sont également perceptibles avec l'augmentation de la part des ressources du secteur passant par le budget et les audits du PRODESS.

Résultat n°1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?

- Les ressources allouées au PRODESS sur budget national ont beaucoup augmenté depuis 2008 : ainsi, les allocations sur budget d'Etat sont passées de 43,4 milliards FCFA en 2007 (presque entièrement exécutées) à 61,4 milliards FCFA en 2008 (dont 50 exécutés), niveau auquel elles se sont maintenues depuis lors. Ceci laisse entendre que le secteur bénéficie indirectement de l'ABG. Cependant, les financements extérieurs hors ABS au secteur de la santé ont brutalement chuté en 2008 et surtout en 2009, les montants exécutés passant de 31,3 milliards FCFA en 2007 à 6,8 milliards en 2009.
- La prévisibilité a priori de l'aide (c'est-à-dire pour ce qui concerne les annonces de financement) s'est améliorée, mais les décaissements se font souvent tard dans l'année, ce qui retarde l'exécution des activités. Par contre, la prévisibilité a posteriori (au niveau des exécutions) de l'aide par projets, estimée en comparant les financements prévus dans les plans opérationnels et leur exécution, a été très faible en 2008 et surtout 2009 (6,8 milliards exécutés contre 37,9 prévus). Ces différences peuvent être attribuables à plusieurs raisons : soit les décaissements sont bloqués et se font tardivement, soit les structures n'arrivent pas à exécuter les fonds qui ont été mobilisés, ou encore certains financements arrivent en cours d'année sans que leur utilisation ait été planifiée.
- La coordination liée à l'approche sectorielle fait peser certains coûts de transaction tant au GdM qu'aux PTF, mais ces coûts sont créateurs de valeur ajoutée en termes de capital de confiance et d'amélioration de la cohérence des interventions, et peuvent donc être davantage considérés comme des investissements. Le passage à l'ABS n'a pas diminué les coûts de transaction, au contraire. Toutefois, l'expérience acquise par le MS dans le pilotage de l'approche sectorielle et le suivi de l'AB a permis de réduire certains coûts au fil du temps, mais d'importants coûts de transaction non créateurs de valeur ajoutée s'imposent encore aux autorités maliennes car d'importants projets assortis de procédures spécifiques sont encore gérés dans le secteur, en particulier ceux du Fonds Mondial.
- L'approche sectorielle et l'introduction de l'ABG et de l'ABS ont mis en exergue la nécessité de renforcer les capacités d'analyse stratégique, de programmation, de gestion financière et de suivi-évaluation du secteur, et ont conduit à la fourniture d'une assistance technique (AT) davantage focalisée sur les besoins systémiques (statistiques, gestion financière, etc.). Suite à l'élaboration du Plan stratégique national en la matière en 2008, ces efforts d'appui au RSS sont faits de façon plus cohérente, bien que les interventions d'AT soient encore fournies de manière bilatérale.

Résultat n°2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?

Si de plus en plus d'attention est accordée au RSS, il s'agit d'un processus qui nécessite lui aussi des changements de comportement jusqu'au niveau opérationnel, et donc qui prend du temps. Les résultats en la matière sont donc à attendre sur le moyen terme, mais l'on constate d'ores et déjà que certaines choses vont dans la bonne direction :

- Au niveau de la gouvernance, de l'analyse et de la planification sectorielle, il demeure plusieurs problèmes au sein du secteur de la santé, mais un certain nombre d'améliorations sont perceptibles depuis quelques années. Le processus de programmation et de planification est très participatif et s'est amélioré au cours des dernières années. Les PTF et la société civile

sont impliqués dans la définition des priorités et des stratégies. L'évaluation du PDDSS et la préparation du nouveau plan sont elles aussi très participatives.

- Au niveau du financement, la structure du budget de la santé a évolué vers une plus grande déconcentration, en partie sous l'impulsion du dialogue mené lors des organes de suivi du PRODESS et des comités de l'ABS. Pour ce qui concerne la gestion financière, alors que les procédures spécifiques au PRODESS laissent davantage de libertés de gestion aux structures du MS, l'ABS a posé initialement quelques problèmes. Néanmoins, son suivi a permis de mettre en exergue plusieurs problèmes de gestion financière et dès lors, il a permis d'impliquer davantage le MEF dans le dialogue sectoriel afin de chercher des solutions. *In fine*, plusieurs problèmes ont ainsi été résolus grâce à cette concertation initiée par l'ABS. En outre, l'ABS a encouragé le MEF et les PTF à accorder davantage d'attention à l'allocation intra-sectorielle des ressources, en vue d'une meilleure efficacité dans leur utilisation.
- La couverture en infrastructures s'est améliorée, en particulier dans les régions initialement déshéritées.
- La question des ressources humaines demeure l'une des préoccupations majeures du secteur. Elle a fait l'objet d'un dialogue intense dans le cadre du suivi du PRODESS et a bénéficié de l'appui de plusieurs PTF. Néanmoins, la plupart des stratégies prévues dans le plan stratégique ne sont pas encore mises en œuvre et il demeure de très grandes inégalités dans la répartition du personnel sanitaire entre Bamako et les régions.
- Diverses stratégies mises en œuvre ont permis d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels. Toutefois, malgré l'existence du système public d'approvisionnement, diverses autres structures d'approvisionnement coexistent et leur mode de distribution varie.
- Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) a bénéficié de plusieurs appuis. Le système local est désormais informatisé jusqu'au niveau district sanitaire et les capacités du personnel ont été renforcées. Une collaboration a aussi été initiée avec le secteur privé pour l'inclure dans la collecte des statistiques.

Résultat n°3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?

Ces progrès au niveau des piliers du système de santé ont permis d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé et leur utilisation. L'accessibilité à 5km de la population à un centre de santé fonctionnel est passée de 44% en 2002 à 57% en 2009. La plupart des indicateurs de résultats et d'impact ont progressé : les services de santé sont de plus en plus utilisés (le taux de consultation curative est passé de 0,21 en 2002 à 0,37 en 2009 ; le taux de CPN est passé de 54% en 2002 à 90% en 2009 ; et le taux d'accouchements assistés est passé de 40% en 2002 à 66% en 2009), et de manière de plus en plus équitable sur l'étendue du territoire et entre les quintiles de pauvreté. Les progrès enregistrés se marquent également au niveau des impacts (la mortalité maternelle est passée de 577 pour 100.000 naissances vivantes en 1996 à 464 en 2006 ; la mortalité infanto-juvénile est passée de 237,5 pour mille en 1996 à 190,5 en 2006). L'évaluation du PDDSS conclut que le PRODESS a globalement contribué à obtenir un impact positif par rapport aux OMD. Les acteurs interviewés perçoivent que globalement, les choses vont dans la bonne direction, même s'il demeure des inquiétudes quant à la gouvernance et à l'efficacité des dépenses.

Les évaluations récentes concluent que l'augmentation de la couverture en CSCOM et en personnel de santé qualifié ont sans aucun doute contribué à l'amélioration des résultats, de même que le passage à échelle des stratégies à haut impact et de celles visant à améliorer l'accès aux services de santé des populations pauvres, des femmes et des enfants. Ces stratégies constituent les nouvelles priorités du PRODESS II prolongé, ce qui confirme amplement la pertinence de la stratégie nationale au regard des résultats, et plaide en faveur d'un alignement

renforcé sur cette stratégie. Toutefois, tout n'est pas parfait et il demeure un certain nombre de contraintes structurelles, d'accessibilité financière, de gestion opérationnelle des CSCOM et des hôpitaux, ainsi que des inefficiences dans la gestion des ressources.

Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées?

Plusieurs acquis en termes de changements de comportements et de pratiques liées à la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide *propres à la dynamique interne du secteur de la santé* sont à l'origine des progrès constatés. La dynamique d'approche sectorielle lancée depuis 1999 a permis de réaliser un grand nombre de progrès, en particulier :

- Elle a permis de considérablement renforcer l'appropriation par les parties prenantes (y compris la société civile) de la politique nationale, le leadership du MS et la coordination des PTF. On constate dès lors une augmentation des complémentarités entre les interventions des différents acteurs, ce qui est un gage d'augmentation de l'efficacité de l'aide.
- Elle a mis en exergue la nécessité de renforcer les capacités du MS en termes d'analyses, de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, ce qui a justifié plusieurs appuis institutionnels de nature systémique. A son tour, le renforcement des capacités a permis au MS de mieux assumer son leadership dans le secteur.
- La qualité du dialogue sectoriel mené dans le cadre de l'appui au PRODESS, qui est de plus en plus appuyé par des preuves, s'est nettement améliorée. Ce dialogue a fait ressortir plusieurs enjeux critiques du système (les ressources humaines, la réduction des disparités régionales, la GFP,...) qui ont fait l'objet beaucoup de discussions et *in fine*, de réformes menées par le MS, souvent avec l'appui des PTF. Toutefois, l'intensité du dialogue politique est partiellement tributaire de l'implication personnelle de certains représentants des PTF.
- Le capital de confiance entre les acteurs a été consolidé, de même que la vision du secteur dans sa globalité. Dorénavant, de nombreux partenaires essaient de se mettre ensemble pour réaliser des activités communes en soutien au MS. Cette dynamique positive est à son tour susceptible d'aider à résoudre ensemble les problèmes qui se poseraient en cours de mise en œuvre du programme.

Dans la foulée de l'approche sectorielle, le processus très intense de préparation du Compact/IHP+ et des documents qui le sous-tendent a été un catalyseur pour renforcer la dynamique de travail en commun au sein du MS et avec les PTF et la société civile. Cette façon de travailler est désormais tout à fait institutionnalisée. Le suivi des engagements du Compact lors des organes du PRODESS a également renforcé l'importance de ceux-ci.

Le processus de planification commun et de bas en haut a permis d'améliorer la coordination entre les parties prenantes, y compris les PTF, les partenaires de proximité, la société civile et les collectivités territoriales. Ce processus a connu des améliorations ces dernières années, avec un meilleur ciblage sur les priorités et une plus grande attention à l'analyse des résultats.

La fourniture d'appuis de plus en plus cohérents au RSS se met également progressivement sur pied en appui au plan national de RSS (plutôt que via des requêtes isolées) et augure de davantage de progrès à l'avenir, tout comme la collaboration avec le secteur privé récemment initiée par le MS.

Par ailleurs, plusieurs autres facteurs liés à la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide *au niveau national, mais ayant « percolé » vers le secteur de la santé*, ont également contribué aux progrès constatés. En particulier, l'ABS n'a pas eu les valeurs ajoutées espérées en termes d'alignement et

de réduction des coûts de transaction, mais il a permis d'introduire la pratique de suivi d'une matrice d'indicateurs de performance assortis de cibles annuelles, d'améliorer la qualité des informations fournies et des analyses faites par le MS, d'accélérer l'agenda de la déconcentration / décentralisation et de renforcer la collaboration entre le MS et le MEF. Ceci est peut-être à l'origine de l'accroissement de la part du budget de l'Etat dont jouit depuis quelques années le secteur de la santé.

Conclusions

D'importants progrès ont été faits dans la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Mali et plusieurs acquis sont constatés en termes de changements de comportements et de pratiques, tant du côté du gouvernement que de nombreux PTF, qui ont très probablement contribué à l'amélioration du système et des résultats du secteur. Toutefois, sur la cinquantaine de PTF actifs dans le secteur, seuls treize ont signé le Compact/IHP+ et trois font de l'ABS, ce qui est probablement insuffisant pour imprimer une tendance marquée en termes d'alignement, et la diminution drastique des financements extérieurs exécutés depuis 2008 est très inquiétante et risque d'avoir des incidences négatives sur les résultats. Par ailleurs, on constate une mise en œuvre « à deux vitesses » des principes de la Déclaration de Paris et de l'IHP+. Ceux-ci n'ont jusqu'à présent été que partiellement mis en œuvre, tandis que certains comportements contraires à ces principes se perpétuent dans le chef de nombreux acteurs : les donateurs continuent de proliférer, de nombreux PTF maintiennent des projets spécifiques ciblés, continuent à utiliser des unités de gestion de projet et des procédures spécifiques, ne font pas leurs annonces de financement et de déboursement à temps, organisent des missions bilatérales et des audits spécifiques, et les interventions d'AT sont fournies sur base bilatérale. Cette absence de changement de certains comportements fait que les attentes en termes de résultats de l'efficacité de l'aide doivent être réalistes. Au total, on constate que globalement, peu de résultats ont pu être atteints jusqu'à présent en termes d'alignement sur les procédures nationales de gestion financière, de prévisibilité de l'aide, d'augmentation des ressources allant à la Santé (au contraire) et de responsabilité mutuelle.

Les autorités du secteur de la santé au Mali sont actuellement confrontées à plusieurs grands défis, en particulier ceux d'accélérer la préparation du nouveau plan de développement sanitaire, d'améliorer les procédures de gestion financière, et de convaincre les donateurs de rejoindre et/ou effectivement mettre en œuvre les engagements du Compact/IHP+. C'est seulement sous ces conditions que tout le potentiel de l'agenda pour l'efficacité de l'aide pourra se révéler et produire les résultats à hauteur des espérances qu'il suscite.

1. Introduction

Cette étude de cas s'inscrit dans une initiative conjointe de l'OMS, de la Banque Mondiale et de l'IHP+ visant à documenter les résultats des efforts de mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé dans quelques pays. Elle vise à répondre à trois questions :

1. Jusqu'à quel point les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?
2. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?
 - L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?
 - Le système de santé a-t-il été renforcé ?
 - Les services de santé se sont-ils améliorés ?
3. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?

Ce type d'analyse pose des défis méthodologiques inévitables. Nous avons ici tenté de rechercher des *liens plausibles* entre les changements dans les pratiques du gouvernement et des donateurs et l'efficacité de l'aide, et d'identifier comment ces changements ont *contribué* au renforcement du système et des services de santé.

Cette étude de cas se base principalement sur une analyse documentaire, reposant notamment sur plusieurs documents de capitalisation de l'expérience malienne d'approche sectorielle santé coproduits par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du secteur santé [Samaké 2009 ; Samaké et al. 2011 ; CHPP], de même que sur des interviews menées par la consultante en octobre 2010 dans le cadre d'une évaluation des appuis budgétaires [Lawson et al. 2011], en janvier 2011 dans le cadre de la préparation du rapport final de la Task Team on Health as A Tracer Sector (TT HATS) [Samaké et al. 2011], par téléphone en mai 2011 et finalement, en octobre 2011 pour la finalisation de cette étude. Elle se base également sur les données issues du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), d'enquêtes et d'évaluations diverses – notamment l'évaluation finale du Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PDDSS).

2. Contexte et définition de la problématique

2.1 Environnement socio-économique et politique du pays

Le Mali est un vaste pays enclavé d'une superficie de plus de 1,2 millions de km² situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il fait partie de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). Son économie est peu diversifiée et vulnérable face aux conditions climatiques. Avec un Indice de Développement Humain de 0,309 en 2010 (160^e sur 169), **le Mali reste parmi les pays les plus pauvres du monde** [PNUD-RDH]. Néanmoins, le Mali a réussi à maintenir un environnement macroéconomique stable au cours des dix dernières années et une croissance réelle du PIB d'environ 5% par an [Lawson et al. 2011]. D'après les estimations du FMI, la croissance du PIB réel devrait normalement rester de l'ordre de 4,5% en 2010 [FMI, 2011]. Cette forte croissance a permis de réduire la pauvreté au cours des dernières années ; ainsi, l'incidence de la pauvreté monétaire sur les ménages est passée de 47,5% en 2006 à 43,7% en 2009, soit une diminution de 8% en trois ans [DNSI, citée dans MEF/SHA, 2011].

Suite à la révolution de mars 1991, le Mali s'est engagé dans la voie démocratique. La Constitution de la 3^e République adoptée en janvier 1992 consacre définitivement le multipartisme intégral et de nombreux autres droits civiques et sociaux. Une série d'institutions

ont été créées et depuis lors, les élections (présidentielles, législatives et municipales depuis 1999) se tiennent régulièrement. Le second et dernier mandat du président actuel, Amadou Toumani Touré, court jusqu'en 2012. La **stabilité politique** a permis au gouvernement de mettre en place divers programmes contribuant à l'amélioration de la situation socioéconomique et des droits humains, dont plusieurs ont une influence sur le secteur de la santé.

Un processus de **décentralisation administrative** a conduit à la fin des années 1990 à la mise en place de collectivités territoriales : 703 communes, 49 cercles et 8 régions plus le District de Bamako. Plusieurs compétences leur ont été transférées, notamment en matière de santé et d'éducation. La décentralisation est une option politique forte du Gouvernement du Mali (GdM) mais elle n'est pas sans poser des difficultés de mise en œuvre, notamment du fait de l'incohérence d'avec certaines politiques sectorielles et du manque de capacités au niveau des collectivités territoriales. De ce fait, le transfert des ressources nécessaires pour assumer ces responsabilités n'est pas encore intégral. Par ailleurs, un processus de réforme de l'Etat est également en marche, qui repose notamment sur une plus grande **déconcentration des activités et des ressources des ministères sectoriels** vers le niveau régional. Ceci est particulièrement important vu l'immensité du territoire national et le biais en faveur de la capitale qui est depuis toujours observé au niveau des dépenses publiques. Ces deux réformes interfèrent avec la mise en œuvre de la politique sanitaire. A noter que la mise en œuvre de la décentralisation des compétences en matière de santé n'est pas encore totalement effective et dans la pratique, des zones d'ombre demeurent quant au partage des responsabilités entre les collectivités territoriales, les Associations de Santé communautaire (ASACO) et les services déconcentrés de l'Etat.

Le premier **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté** (CSLP) a été mis en œuvre sur la période 2002-2006. Le second, appelé Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR), s'étale sur la période 2007-2011 et s'articule autour de trois grandes orientations stratégiques : (i) le développement des infrastructures et du secteur productif ; (ii) la poursuite et la consolidation des réformes structurelles ; (iii) le renforcement du secteur social. Le CSCR a servi de base à l'élaboration du Programme de Développement Economique et Social (PDES) 2008-2012 du Président de la République. Courant 2011, les consultations en vue de la préparation du 3^e CSLP sont en cours.

Depuis 2005, le GdM met en œuvre un Plan d'Action Gouvernemental relatif à l'Amélioration et la Modernisation de la **Gestion des Finances Publiques** (PAGAM-GFP). Celui-ci a permis d'obtenir des acquis importants, mais de nombreux chantiers restent inachevés. D'après les évaluations successives menées dans le domaine, la qualité de la gestion des finances publiques (GFP) s'est fortement améliorée au cours des dernières années, notamment pour ce qui concerne la crédibilité du budget et la budgétisation fondée sur les politiques de développement. Cependant, il demeure des problèmes importants au niveau de l'efficacité des fonctions de contrôle et de surveillance, de la trésorerie et de la comptabilité publique [ECORYS, 2010]. La deuxième phase du PAGAM-GFP (2011-2014) s'inscrit en parfaite cohérence avec le CSCR et le Plan de Développement Institutionnel de l'Etat malien. Il s'agit d'un plan d'action ambitieux qui a l'objectif de parvenir à moderniser la GFP de sorte à favoriser le passage de l'aide projet vers l'appui budgétaire. Le renforcement des systèmes d'exécution budgétaire et de comptabilité publique font partie des priorités de la nouvelle phase d'action, de même que le renforcement de la déconcentration budgétaire, de la déconcentration de la procédure de passation des marchés publics et de l'opérationnalisation des cadres organiques déconcentrés, afin de mieux accompagner la décentralisation. La gestion axée sur les résultats et la mise en place de cadres des dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriels en font également partie intégrante [ECORYS, 2010].

2.2 Environnement global de l'aide au développement

Le Mali est un pays fortement dépendant de l'aide publique au développement (APD). Remarquons tout d'abord que les données sur l'APD ne sont pas concordantes, ni exhaustives. D'après les statistiques compilées par le CAD/OCDE sur base des rapports des pays donateurs, le Mali aurait reçu 0,8% du total de l'APD sur la période 2000-2009, soit en moyenne 808 millions d'USD (prix courants 2008) par an sur la période, dont 964 millions en 2006, 1.089 millions en 2007, 964 millions en 2008 et 1.014 millions en 2009 [CAD/OCDE, CRS]. D'après les données collectées par le GdM, l'APD a compté pour près de 9% du produit intérieur brut (PIB) en moyenne sur la période 1999-2008 et plus de 30% des dépenses publiques totales sur la période 2003-2009.

Le GdM s'est engagé dès le milieu des années 1990 dans un processus de recherche d'amélioration de l'efficacité de l'aide, dans la lignée des travaux du Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (CAD/OCDE).¹ Le Mali est signataire de la Déclaration de Paris et du Programme d'Action d'Accra. Il a finalisé en mars 2007 un *Plan national d'actions sur l'efficacité de l'aide au développement – Déclaration de Paris 2007-2009* et en avril 2008, un *Plan décennal pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2006-2015*. Suite à l'élaboration du premier CSLP en 2002 et à la Déclaration de Rome sur l'harmonisation de l'aide en 2003, **l'option de privilégier le passage à l'appui budgétaire (AB) a été affirmée fin mars 2004,** lors de la Table Ronde des Bailleurs de Fonds du Mali de Genève. Le GdM a alors développé un cadre harmonisé pour la fourniture des AB, comprenant un arrangement cadre (signé en mars 2006) et des arrangements spécifiques pour l'AB global (ABG) et pour les AB sectoriels (ABS).² **L'aide budgétaire a connu une forte augmentation** au cours des dix dernières années, passant de 12% de l'APD totale en 1999 à 42% en 2009. En 2009, dix partenaires techniques et financiers (PTF) ont fait de l'ABG et/ou de l'ABS au Mali, dont quatre dans le secteur de la santé.³ La valeur totale de l'AB déboursé sur la période 2003-2009 s'est élevée à environ 635 milliards FCFA, soit 968 millions d'Euros [Lawson et al. 2011].

Tableau 1 : Financements extérieurs (en pourcentage du PIB)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fin. ext. totaux	9,2%	10,4%	9,1%	8,5%	8,6%	7,1%	8,1%	9,4%	9,8%	6,0%	9%
Appui budgétaire	1,1%	2,1%	1,2%	2,2%	3,5%	1,3%	2,2%	3,9%	3,4%	2,8%	3%
Dons ABG	0,8%	1,7%	1,2%	0,7%	2,1%	1,3%	1,6%	1,4%	1,2%	0,6%	1%
Dons ABS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,4%	1,4%	1%
Prêts ABG	0,3%	0,4%	0,0%	1,4%	1,4%	0,0%	0,7%	1,3%	0,8%	0,7%	1%
Projets	8,2%	8,3%	7,9%	6,3%	5,0%	5,8%	5,9%	5,5%	6,4%	3,2%	6%
Dons	3,8%	3,6%	3,3%	3,1%	2,5%	2,7%	2,4%	2,4%	2,6%	1,4%	3%
Prêts	4,4%	4,7%	4,6%	3,2%	2,6%	3,1%	3,5%	3,1%	3,8%	1,8%	3%

Source : Lawson et al. (2011) sur base des données du Ministère des Finances – Trésor

¹ Le Mali a d'ailleurs fait l'objet d'une étude pilote sur les modalités d'aide à la fin des années 1990 et est l'un des trois pays pilotes dans lesquels a été testée en 2009-2010 la nouvelle méthodologie d'évaluation des impacts de l'appui budgétaire du CAD/OCDE.

² Le Mali bénéficie d'ABS dans les secteurs de la santé & du développement social, de l'éducation, de la décentralisation & réforme de l'Etat, et de la GFP.

³ Les Pays-Bas et la Suède ont fait de l'ABS depuis 2006, le Canada depuis 2007 et l'Espagne depuis 2009, mais la Suède s'est retirée de l'ABS au profit de l'ABG en 2011.

Sur le plan de la **coordination de l'aide au développement**, un progrès notable est apparu depuis 2002 en association avec le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du CSLP [MEF/SHA, 2011]. Les principales structures étatiques en charge de la coordination de l'aide sont le Secrétariat à l'Harmonisation de l'Aide (SHA) et indirectement, la Cellule technique de coordination du CSLP. Les bailleurs de fonds sont quant à eux organisés à travers un Groupe des PTF dont l'instance délibérante est le Collectif des PTF, lequel est présidé par une Troïka (comprenant le chef de file actuel plus le précédent et le suivant). Le Collectif se réunit en principe une fois par an en retraite annuelle de bilan/programmation et tous les mois au cours des réunions mensuelles de coordination. Le secrétariat du groupe des PTF est assuré par un Pool Technique. Il existe en outre un cadre conjoint de concertation et de dialogue politique entre le GdM et les PTF dans le cadre du processus de suivi du CSCRP, qui comprend la Commission Mixte Mali-Partenaires, la revue annuelle du CSCRP et la revue budgétaire conjointe. Ces organes de coordination générale sont complétés par divers organes de coordination sectorielle comprenant une dizaine de groupes thématiques, trois groupes transversaux et une série de groupes de travail sous-sectoriels formalisés [voir <http://www.mali-apd.org>]. A noter que le mécanisme de coordination du secteur de la santé préexistait au mécanisme général de coordination des PTF, mais y a été intégré quand ce dernier a été formalisé.

Dans le cadre de la coordination des PTF, une **Stratégie Commune d'Assistance Pays (SCAP)** 2008-2011 a été élaborée conjointement par les PTF intervenant dans le pays et le GdM, avec la participation de la société civile. La SCAP vise à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- a) Soutenir la mise en œuvre du CSCRP en alignant les appuis des PTF sur les priorités définies dans le CSCRP, le PDES et le plan décennal OMD ;
- b) Améliorer l'efficacité et l'efficience globale de l'aide au GdM à travers une meilleure programmation et prévisibilité de l'aide internationale, un meilleur alignement sur les systèmes et procédures nationaux, une meilleure harmonisation et coordination de l'aide (procédures, modalités et conditionnalités) afin de réduire les coûts de transaction pour le GdM, une complémentarité et division du travail plus poussée entre les PTF, un suivi conjoint des résultats du développement avec le GdM et une reddition de comptes sur ces résultats auprès des opinions publiques respectives ;
- c) Développer un cadre de dialogue plus efficace et partenarial avec le GdM en améliorant les cadres et mécanismes de coordination/concertation existants ;
- d) Développer une approche coordonnée pour le renforcement des systèmes/procédures et des capacités nationales ;
- e) Faire évoluer le cadre institutionnel vers un niveau assurant une bonne gouvernance du processus SCAP basé sur l'échange d'informations, le dialogue continu, la participation des différentes familles d'acteurs et la transparence dans la prise de décisions [SCAP].

Malgré des progrès certains qui ont été atteints depuis quelques années en termes d'efficacité de l'aide au Mali, les principales faiblesses qui demeurent et ont été identifiées par la récente évaluation nationale de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (phase 2) ont trait à :

- La faiblesse du mécanisme de coordination de l'aide ;
- La dispersion des rôles des structures chargées de la gestion de l'aide et les difficultés de comptabilisation ;
- La faiblesse du rapportage pour rendre compte aux citoyens de l'utilisation des ressources de l'APD ;
- L'insuffisante délégation de pouvoir des sièges des PTF à leurs représentations locales ;
- La faible prévisibilité de l'aide ;
- Le refus de certains PTF à s'aligner sur les procédures nationales ;
- Le manque de volonté manifeste à réduire les unités parallèles [MEF/SHA, 2011].

2.3 Principaux défis sanitaires et systémiques et priorités politiques dans le domaine de la santé

2.3.1 *Situation sanitaire*

Malgré une amélioration des principaux indicateurs de résultats et d'impact au cours de la dernière décennie, **la situation sanitaire de la population malienne reste préoccupante**. Un tiers des enfants de moins de 5 ans connaît une situation de malnutrition chronique et la mortalité maternelle reste élevée [EDS.M 2006]. Les analyses montrent que le Mali n'est pas en très bonne voie d'atteindre les OMD en 2015 : il pourrait atteindre cinq OMD sur huit moyennant des changements de politiques (éradiquer l'extrême pauvreté et la faim ; atteindre l'enseignement primaire universel ; promouvoir l'égalité des sexes et augmenter les pouvoirs des femmes ; réduire la mortalité juvénile ; lutter contre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies), mais est clairement « off-track » pour ce qui concerne l'amélioration de la santé maternelle [PNUD/MDGMonitor]. En 2009, plus de 40% de la population vivaient encore à plus de 5km d'un centre de santé, la couverture en accouchements assistés (bien qu'en hausse depuis quelques années) n'était encore que de 66% en moyenne – mais seulement de 29% dans les régions de Gao et Kidal – et l'utilisation de la consultation curative, de 0,37 nouvelle consultation par an et par habitant en moyenne [Annuaire SNIS]. En valeur absolue, les principales causes de mortalité enregistrées dans les structures de santé sont le paludisme présumé, la malnutrition, les diarrhées présumées infectieuses, les toux inférieures à 15 jours et infections respiratoires aiguës basses, les plaies et traumatismes [SNIS]. A noter que **la pression démographique pose un défi énorme pour la fourniture de services sociaux au Mali**. Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2009 montre que la population résidente du Mali s'élevait à 14,5 millions d'habitants en 2009, contre 9,8 millions d'habitants en 1998, soit un accroissement annuel moyen de 3,6% sur la période 1998-2009 [INSTAT/BCR 2009]. Les deux tableaux ci-dessous donnent un aperçu de l'évolution de quelques indicateurs sanitaires au cours des dernières années au Mali. Ces données agrégées cachent toutefois des disparités régionales importantes, bien qu'en diminution pour la plupart (voir la sous-section 4.3). A noter que les taux de couverture et d'utilisation des services de santé sont basés sur des données de population antérieures au dernier recensement, et largement sous-estimées. Les taux effectifs sont donc en fait moindres que présentés ici.⁴

Tableau 2 : Evolution de quelques indicateurs de couverture et d'utilisation du secteur de la santé, 2002-2009 (données de routine)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% pop. vivant dans rayon 5km d'un centre de santé fonctionnel	44	46	48	50	51	58	58	57
% pop. rurale vivant dans un rayon de 15 km d'une structure de santé offrant le PMA + stratégies avancées	68	69	72	75	76	79	80	88
Taux d'utilisation de la consultation curative (nouveaux cas/hab./an)	0,21	0,23	0,25	0,26	0,26	0,29	0,33	0,37
Taux de consultations prénatales (%)	54	59	75	75	75	78	84	90
Taux d'accouchements assistés (%)	40	42	49	53	55	58	63	66
Taux d'ut. des serv. de planif. fam. (%)	2,98	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17	4,05	4,55
Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) < 1 an (%)	74	79	90	91	92	94	94	101

⁴ Les données calculées rétrospectivement sur base des nouvelles estimations de population ne sont toutefois pas encore disponibles.

Tx couv. vaccinale rougeole < 1 an (%)	64	72	78	78	82	89	91	98
Cas de paludisme traités dans les structures (millions)	0,72	0,81	0,85	0,96	1,02	1,29	1,33	1,29
Taux de détection de la tuberculose (%)	17,9	19,1	19,0	21,0	26	26	27	29

Sources : *Annuaire SLIS 2002 à 2007 ; Annuaire SNIS 2008 et 2009*

Tableau 3 : Evolution des principaux indicateurs d'impact et de couverture sanitaire, 1996-2010 (données d'enquêtes)

	1996	2001	2006	2010
Taux de mortalité maternelle /100.000	577	582	464	
Taux de mortalité néonatale /1.000	60	57	46	
Taux de mortalité infantile /1.000	122,5	113,4	95,8	
Taux de mortalité infanto-juvénile /1.000	237,5	229,1	190,5	
Taux de soins prénatals	46,9	56,8	70,4	
Taux d'accouchements assistés	40,0%	40,6%	49,0%	56,0%
Indice synthétique de fécondité	6,7	6,8	6,6	
Connaissance de méthodes de planif. familiale	65%	76%	75%	
Taux préval. contraceptive (femmes en union)	4,5%	5,7%	6,9%	8,0%
Taux d'insuffisance pondérale < 5 ans	40,0%	33,2%	26,7%	18,9%
Taux de couv. vaccinale 12-33 mois (rougeole)	50,8%	48,7%	68,4%	73,0%
Taux de couv. vaccinale 12-33 mois (DTC3)	37,5%	39,6%	61,9%	72,1%
Prévalence sida	0,03%	1,70%	1,30%	

Sources : *EDS.M III (1996), IV (2001) et V (2006), et MICS (2010)*

2.3.2 Politique nationale de santé

La santé est un des domaines prioritaires du gouvernement malien identifiés tant dans le CSCRIP que dans le PDES du Président de la République. La **Politique Sectorielle de Santé et de Population** (PSSP) qui oriente les stratégies du secteur a été adoptée en décembre 1990. Elle est fondée sur une approche globale articulant les principes des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako, instaurant donc le recouvrement des coûts et le système de santé de district. Elle développe également la contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé communautaire, qui sont chargées de la gestion des Centres de santé communautaires (CSCOM) constituant le premier échelon de la pyramide sanitaire.⁵

Le **système de santé** du Mali est en effet pyramidal, basé sur le système de district sanitaire, et comporte trois niveaux :

- Le niveau périphérique ou opérationnel, qui comprend essentiellement les CSCOM, les centres de santé de référence (CSREF) et les établissements privés ;⁶

⁵ Pour une analyse des réformes mises en œuvre dans le secteur de la santé au Mali depuis la fin des années 1980 ayant abouti à la politique actuelle, voir Maiga et al. (2003).

⁶ Le secteur privé est depuis quelques années en pleine explosion au Mali et participe activement à la couverture de soins. Cependant, les données générées par ce secteur sont encore insuffisamment prises en compte dans le système national d'information sanitaire, et la collaboration formelle entre le MS et le secteur privé ne fait que commencer. Un diagnostic de la médecine privée au Mali montre qu'elle est caractérisée par :

- Sa répartition inégale sur le territoire (proportion des médecins privés installés à Bamako estimée à 70%), qui aboutit à limiter la capacité d'absorption du marché et conduit certains acteurs en recherche d'activités à offrir de soins de moindre qualité ;

- L'échelon régional ou intermédiaire, qui est constitué d'une part de l'administration sanitaire (Directions Régionales de la Santé) et d'autre part des établissements publics hospitaliers qui jouent le rôle de deuxième référence ;
- Le niveau central, qui est constitué d'une part de l'administration sanitaire (directions centrales et services rattachés) et d'autre part, des établissements publics hospitaliers de troisième référence et autres établissements de recherche.

La politique sectorielle est mise en œuvre à travers le Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PDDSS) de 1998, qui est lui-même décliné en deux programmes quinquennaux gérés dès leur lancement à travers une approche sectorielle, laquelle s'est progressivement consolidée au fil du temps (voir plus bas). Le premier **Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS)** a été mis en œuvre sur la période 1999-2004. Il était articulé autour de cinq axes dont le premier, relatif à l'extension de la couverture sanitaire, a été privilégié dans les faits. Le second PRODESS, qui a débuté en 2005, comprend deux composantes, l'une relative à la Santé et l'autre au Développement social. La composante Santé du PRODESS II est articulée autour de 7 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 établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche ; (7) renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation [PRODESS II]. A noter que c'est le PRODESS qui a nourri la stratégie nationale relative à la santé reprise dans le CSLP I et II et le PDES, ce qui garantit une parfaite cohérence entre ces politiques.⁷

Le PRODESS II, qui aurait dû s'achever en 2009, a été prolongé jusqu'à 2011 afin de s'aligner sur l'horizon du CSCR. L'accent a été mis sur plusieurs priorités qui ont pris de l'importance au cours des dernières années, en particulier la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Des stratégies novatrices ont été initiées 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, ...), à l'effet d'accélérer l'atteinte des objectifs. 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, ainsi que le Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé. Outre les activités de routine, l'année 2011 est consacrée à l'évaluation finale du PDDSS et à l'élaboration du prochain plan de développement sanitaire.

2.3.3 Financement de la santé

D'après les derniers comptes nationaux de la santé (CNS) qui remontent à 2006, **les dépenses totales de santé au Mali sont principalement financées sur fonds privés** (55% en 2004),

-
- Sa faible articulation avec le secteur public, qui freine son association aux missions de service public de formation et de vaccination et ne permet pas d'exploiter la complémentarité des structures sanitaires privées et publiques ;
 - La remise en cause par certains acteurs privés des règles de catégorisation des établissements sanitaires, qui pénalise la contribution du secteur privé aux objectifs de santé publique ;
 - L'absence d'accompagnement à l'installation et d'appui au regard de ses besoins de financement et de formation [BCG/IFC 2010].

⁷ Par contre, la politique de décentralisation n'est pas encore mise en œuvre de façon tout à fait cohérente avec la politique sectorielle.

tandis que les fonds publics contribuaient à hauteur de 22% à ces dépenses et les partenaires extérieurs, à 14%.

Tableau 4 : Structure du financement de la santé, 1999-2004

milliards FCFA	Fonds publics		Collectivités décentralisées		Fonds privés		Reste du Monde		Ensemble	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Années										
1999	14,6	13	2,9	3	83,0	76	8,8	8	109,4	100
2000	19,0	16	3,9	3	86,4	73	9,3	8	118,8	100
2001	23,5	17	8,0	6	84,6	60	25,2	18	141,4	100
2002	21,8	15	6,6	5	94,9	66	20,8	14	144,2	100
2003	29,4	20	13,2	9	89,2	60	18,0	12	149,8	100
2004	36,4	22	15,1	9	91,0	55	22,8	14	165,3	100

Source : CNS 2006

Le WHOSIS / *Global Health Observatory* (GHO) de l'OMS (mis à jour en avril 2011) fournit les indications suivantes quant aux principaux indicateurs de financement de la santé au Mali au cours des dix dernières années.

Tableau 5 : Sélection d'indicateurs relatifs au financement de la santé au Mali

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dép. totales en santé (DTS) en % du PIB	6,3	6,4	6,3	6,3	6,3	6,1	5,9	5,8	5,6	5,6
Ress. ext. consacrées à la santé en % des DTS	7,8	17,8	14,8	11,7	13,8	15,2	21,8	22,0	22,2	25,6
Dépenses des admin. publiques en santé (DGS) en % des DTS	32,9	44,9	40,2	44,1	49,2	46,8	48,5	48,4	47,1	47,9
Dép. publ. en santé en % des dép. publ. totales	9,6	13,6	10,4	12,3	13,0	11,3	11,5	11,2	11,1	9,3
DTS par hab. PPP (UMN par US \$)	49	58	50	53	59	62	65	64	65	66
Dép. des admin. publ. en santé / hab. PPP (UMN par US \$)	16	26	20	24	29	29	31	31	30	32

Source: WHOSIS/GHO

Pour ce qui concerne les dépenses publiques, au cours des dernières années, le secteur de la santé a compté pour environ 7% du budget général de l'Etat et environ 11% des charges récurrentes. **La part de la santé dans le budget de l'Etat tend à augmenter depuis quelques années**, bénéficiant probablement des ressources de l'appui budgétaire [Lawson et al. 2011]. Ainsi, le secteur de la santé a bénéficié de dotations budgétaires s'élevant à 96,8 milliards FCFA en 2010 et 112 milliards FCFA en 2011, représentant respectivement 7,6% et 8,4% des dotations totales de l'Etat [MEF/DGB].

Suite à la décision du passage à l'AB et à la signature en mars 2006 de l'accord-cadre, un *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* a été signé le 19 juillet 2006. Les Pays-Bas et la

Suède ont commencé à faire de l'ABS au PRODESS en 2006, le Canada en 2007 et l'Espagne en 2009.⁸ Néanmoins, la Suède a cessé son ABS en 2011 pour ne plus faire que de l'ABG.

2.4 Principaux défis de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, que les efforts de mise en œuvre des principes de Paris ont tenté de relever

De très nombreux PTF interviennent dans le secteur de la santé : on en recense pas moins d'une cinquantaine dans les plans opérationnels (PO) du PRODESS, la plupart utilisant des procédures spécifiques, **ce qui pose bien entendu d'importants défis en termes de coordination, de cohérence, d'alignement avec la politique et les systèmes nationaux et de redevabilité.** L'estimation de l'APD totale allouée au secteur est particulièrement difficile à réaliser car certains projets (notamment financés par des partenaires de proximité) échappent encore à la comptabilisation effectuée par le GdM. Par ailleurs, il existe des incohérences entre les données issues des différentes sources tentant de comptabiliser l'aide. Les services du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) (Budget et Trésor) ont connaissance des décaissements sous forme d'AB et de projets passant par le Budget Spécial d'Investissement (BSI), mais la Direction Administrative et Financière (DAF) du MS collecte davantage d'informations sur les projets à travers les outils de planification (PO) et les rapports d'activités du PRODESS. Ces dernières sont plus complètes que celles du MEF, mais plus aléatoires également car dépendantes de l'évolution des outils de collecte et de la bonne volonté des bailleurs de transmettre leurs informations.

Les principaux PTF actifs dans le secteur de la santé au Mali sont actuellement le Canada, les Pays-Bas, l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour la vaccination (GAVI) et la Banque Islamique de Développement (BID). Cependant, soulignons qu'à l'exception des ABS qui sont relativement prévisibles, les flux d'aide en provenance des différents bailleurs sont très variables d'une année à l'autre. Les dernières années ont vu une réduction de l'intervention directe de la Commission Européenne et de la Banque Mondiale dans le financement du secteur suite à leur passage à l'ABG en 2003 et 2007 respectivement ; une augmentation de la part du Canada, de GAVI et du Fonds Mondial ; ainsi que l'arrivée de l'Espagne et de la BID parmi les PTF du secteur. Le tableau et le graphique ci-dessous donnent un aperçu des principaux bailleurs actifs dans le secteur en 2011, d'après leurs prévisions de financement inscrites dans les PO. On constate l'importante fragmentation des financements du secteur. Toutefois, **66% des financements extérieurs inscrits dans le PO 2011 proviennent de PTF ayant signé le Compact.** A titre de comparaison, en 2010 il n'y avait que 39% des financements extérieurs prévus dans les PO qui provenaient de PTF ayant signé le Compact. Toutefois, ces chiffres sont biaisés par les importants financements prévus par le Fonds Mondial en 2010 (2,67 milliards FCFA sur le paludisme, 0,7 milliard sur la tuberculose et 15,32 milliards sur le VIH/SIDA) qui n'ont en grande partie pas été exécutés.

⁸ Un nouvel arrangement spécifique a été conclu pour appuyer la mise en œuvre du PRODESS II prolongé sur la période 2010-2011.

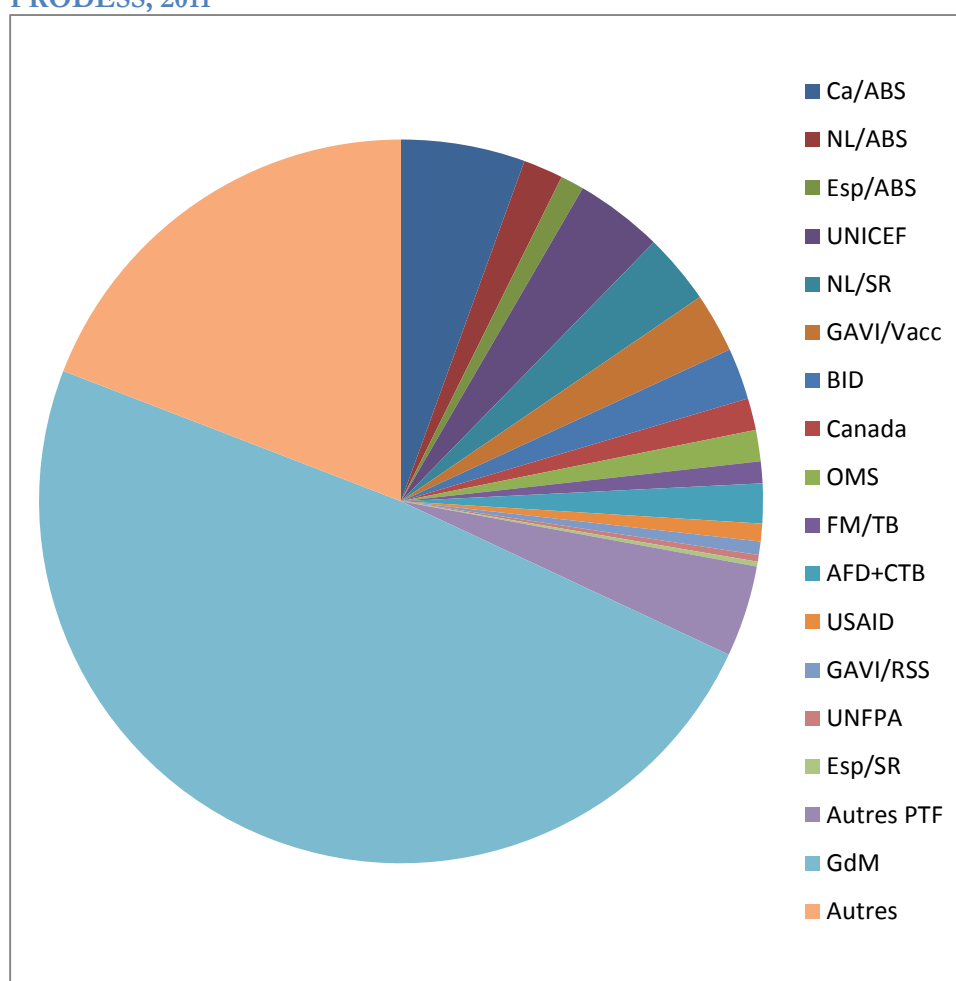
Tableau 6 : Prévisions de financement des plans opérationnels de la composante Santé du PRODESS, 2011

2011	Ca/ABS	NL/ABS	Esp/ABS	UNICEF	NL/SR	GAVI/Vacc	BID	Canada	OMS
Milliards FCFA	6,93	2,23	1,312	4,923	3,936	3,33	2,88	1,782	1,744
% du total	5,54%	1,78%	1,05%	3,94%	3,15%	2,66%	2,30%	1,42%	1,39%

(suite)	FM/TB	AFD+CTB	USAID	GAVI/RSS	UNFPA	Esp/SR	Autres PTF	GdM	Autres
Milliards FCFA	1,214	2,218	1	0,74	0,371	0,283	5,095	61,174	23,946
% du total	0,97%	0,89%	0,80%	0,59%	0,30%	0,23%	3,40%	48,90%	19,14%

Source : DAF/MS, PO 2011

Graphique 1 : Prévisions de financement des plans opérationnels de la composante Santé du PRODESS, 2011



Des efforts ont été faits dès le lancement effectif du PRODESS en 1999 afin d'améliorer la cohérence des interventions et l'efficacité de l'aide. En effet, le PRODESS est géré à travers une approche sectorielle, ce qui signifie que l'ensemble des parties prenantes – gouvernement, PTF et société civile – appuie le même programme selon un processus bien institutionnalisé piloté par les structures pérennes du gouvernement. Le mécanisme général de concertation du secteur repose sur les organes de pilotage, de coordination et de suivi du PRODESS, qui est décrit dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Les organes de pilotage et de coordination du PRODESS

Le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien au cours d'un processus bien institutionnalisé. Sa gestion quotidienne (suivi des activités de planification et d'évaluation) est assurée par le Secrétariat Permanent du PRODESS, qui est basé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) désormais commune à trois Ministères (Santé, Développement Social et Promotion de la Famille). Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par le Ministre ou le Secrétaire Général du Ministère de la Santé (MS) et du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA). Il s'agit des organes suivants :

- Au niveau national, le Comité Technique, annuel ou bisannuel, a pour tâche principale de discuter les rapports d'activités de l'année N-1 et les plans opérationnels (PO) de l'année N+1 ; les résultats de ses analyses sont soumis au Comité de Suivi pour prise de décision ; depuis 2007, il est organisé en début d'année (vers le mois de mai) afin de permettre l'alignement du processus de planification du PRODESS avec celui de budgétisation de l'Etat ;
- Le Comité de Suivi, annuel, a pour fonction principale de valider les PO revus suite aux recommandations du Comité technique et aux nouvelles annonces des PTF ;
- Le Comité de Pilotage est un organe restreint regroupant les dirigeants des deux ministères et les représentants des PTF, qui se réunit tous les deux mois ou sur demande pour traiter, au nom du Comité de Suivi, les affaires urgentes qui ne peuvent attendre la réunion annuelle ;
- Les Comités Régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) au niveau régional d'une part, ainsi que les Conseils de Gestion au niveau des districts sanitaires d'autre part, assurent le suivi et la programmation du PRODESS au niveau opérationnel ;
- Depuis 2001, chaque année, le PRODESS est également l'objet d'une mission conjointe de suivi organisée avec l'ensemble des partenaires dans deux régions et au niveau central.

La planification annuelle du PRODESS repose sur un processus « de bas en haut », qui est toutefois guidé par les orientations et contraintes émanant du CSCRP, du CDMT et des priorités sectorielles, qui sont rappelées dans les orientations transmises par le niveau central à l'ensemble des structures en début de processus. *Au niveau régional*, la planification du secteur est donc réalisée à travers les CROCEP. Il s'agit d'un processus participatif où les besoins sont répercutés depuis les CSCOM vers les cercles de santé, puis les régions, puis le niveau central – tout ceci sous la guidance de ce dernier. *Au niveau central*, la planification est réalisée au cours des Journées Nationales d'Evaluation et de Programmation des Structures Centrales. Les plans opérationnels (PO) pour l'année N+1 préparés à ces occasions sont discutés au cours du Comité technique. Le Secrétariat Permanent du PRODESS et les chargés de planification des Directions régionales actualisent alors les PO en prenant en compte les recommandations du Comité Technique, le projet de Loi de Finances et toutes les annonces faites par les PTF. Les PO sont enfin validés lors du Comité de Suivi. Ce processus permet de faire coïncider la planification du secteur avec le processus budgétaire au niveau national.

Les PTF et la société civile participent activement à ces différents organes. La société civile est notamment représentée par la Fédération Nationale des ASACO (FENASCOM), le Groupe PIVOT (qui chapeaute les ONG nationales et certaines ONG internationales actives dans le secteur de la santé) et quelques grandes ONG. La FENASCOM co-préside d'ailleurs les comités techniques et de suivi du PRODESS. En outre, il existe un mécanisme de coordination des PTF, qui se réunissent de manière mensuelle sous la direction de leur chef de file, qui change désormais tous les deux ans ;⁹ le MS, le MDSSPA et les représentants de la société civile sont invités à ces réunions. Des groupes de travail thématiques traitant de diverses questions techniques (santé de la reproduction, décentralisation, ressources humaines, appui budgétaire, etc.) et impliquant tant le MS, le MDSSPA et la société civile que les PTF, se réunissent également régulièrement. Il s'agit d'un mécanisme essentiel pour réfléchir avec les acteurs concernés autour d'une problématique bien spécifique, qui a conduit à l'élaboration de plusieurs documents de stratégie. Le dialogue entre les parties prenantes est donc assuré de manière continue à travers ces différents organes de concertation formels et informels.

Source : Samaké, Salif, Elisabeth Paul, Bruno Dujardin, Ignace Ronse, « L'évolution et la dynamique de l'Approche Sectorielle Santé au Mali », Chapitre 1 de l'ouvrage de Samaké (Ed.), 2009.

⁹ Le chef de file des PTF Santé est actuellement l'UNICEF.

Les résultats de l'approche sectorielle sont développés dans les sections suivantes. Notons toutefois que les principales échéances déterminantes pour la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Mali sont synthétisées dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Chronologie des principaux événements relatifs à la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

1998	- Elaboration du PDDSS et du PRODESS I ¹⁰
1999	- Début de la mise en œuvre effective du PRODESS à travers une approche sectorielle et élaboration de son manuel de procédures
2004	- Préparation du PRODESS II
2005	- Début de la mise en œuvre du PRODESS II - Tenue d'un atelier national de réflexion sur l'ABS
2006	- Harmonisation du cycle de planification du PRODESS avec le cycle budgétaire de l'Etat - Début de l'ABS (Pays-Bas et Suède) - Début de l'initiative « Harmonisation for Health in Africa » (HHA) au Mali
2007	- Réalisation de la quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS.M-IV) - Engagement du Canada dans l'ABS au PRODESS et retrait de la Banque Mondiale du secteur de la santé suite à son passage à l'ABG (dotation d'un crédit spécial pour le PRODESS en 2007) - Tenue d'un atelier sur la mise en œuvre de l'ABS aux secteurs de la santé et du développement social - Adhésion du Mali à l'IHP+ à travers la signature du Compact global
2008	- Augmentation substantielle de la dotation du MS lors des arbitrages budgétaires - Inscription dans la Loi de Finances 2008 des crédits de l'ABS alloués aux districts sanitaires - Renforcement du dialogue avec les services techniques du MEF pour la mobilisation de l'ABG et de l'ABS → création d'une plateforme de concertation MEF/MS/MDSSPA ; création et opérationnalisation de régies d'avance auprès de la Direction nationale et des Directions régionales de la santé, ainsi que d'une régie spéciale auprès de la Direction administrative et financière du MS ; nomination de comptables dans les régions - Décision du gouvernement de prolonger le PRODESS II afin de le faire coïncider avec l'horizon du CSCR - Intensification des efforts en termes de renforcement du système de santé (RSS) → préparation du Compact/IHP+ et de la politique de ressources humaines, soumission d'un document de proposition d'appui au RSS aux instances de GAVI
2009	- Engagement de l'Espagne dans l'ABS au PRODESS - Finalisation du CDMT révisé 2009-2011 - Signature du Compact/IHP+ (le 20 avril) - Approbation en conseil des ministres de la politique de ressources humaines (décembre)
2010	- Intégration des comités de l'ABS dans les organes de pilotage du PRODESS - Lancement de la préparation du portail CHPP et de l'évaluation finale du PDDSS - Evaluation des opérations d'AB au Mali
2011	- Validation portail CHPP, <i>Joint Assessment of National Strategies</i> (JANS), évaluation finale du PDDSS - Préparation du nouveau plan de développement sanitaire

Source: Compilation de l'auteur sur base de Samaké et al. (2009), Lawson et al. (2011) et d'entretiens

¹⁰ Sur base de l'expérience acquise à travers les réformes testées depuis la fin des années 1980 et en particulier, le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale appuyé par plusieurs PTF dans les années 1990. Voir Maiga et al. (2003).

3. Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?

Les principales réalisations en termes de mise en œuvre concrète des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Mali sont évoquées ci-dessous, en distinguant – si cela se justifie – les changements de pratiques et de comportements du GdM et des PTF. Notons d'emblée que **l'instrument primordial de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide est l'approche sectorielle à travers laquelle le PRODESS est géré depuis son lancement en 1999**. Cette approche sectorielle repose sur les piliers suivants [Samaké et al., 2009 ; Paul et al., 2009] :

- **Le PRODESS et les documents de politiques qui l'accompagnent constituent désormais le cadre unique définissant les stratégies sectorielles.** Ses objectifs sont clairs et ses orientations sont respectées par l'ensemble des parties prenantes (à l'exception de l'un ou l'autre partenaire hors OCDE). Dans le cadre de la préparation du Compact/IHP+, le MS a piloté l'élaboration de plusieurs documents visant à consolider les stratégies du PRODESS, notamment les Plans Stratégiques Nationaux relatifs au développement des ressources humaines (RH) et au renforcement du système de santé (RSS), afin de fournir un cadre cohérent pour les appuis et le développement de ces domaines. Le PRODESS fait l'objet d'un processus annuel de planification « de bas en haut » impliquant l'ensemble des districts sanitaires et des PTF, y compris les partenaires de proximité et les collectivités territoriales.
- **Le PRODESS est traduit en termes budgétaires dans le CDMT**, qui inclut toutes les sources de financement du secteur.
- **Les organes de pilotage du PRODESS constituent le cadre unique de coordination sectorielle, dirigé par le GdM.** Ces organes sont très participatifs et présidés conjointement par les plus hautes autorités des deux ministères concernés (MS et MDSSPA) et le représentant de la société civile (FENASCOM). Alors que les comités de pilotage (bimensuels) ne regroupent qu'une assemblée assez restreinte, les comités techniques et de suivi (annuels), au cours desquels sont effectuées la revue de l'année N-1 et la planification de l'année N+1, rassemblent plusieurs centaines de participants, y compris les représentants de l'ensemble des directions nationales et établissements publics autonomes, le niveau régional, la société civile (ONG réunies dans le Groupe Pivot, ordres médicaux, associations, ...) et les PTF. Très récemment, la composition de ces organes a été modifiée pour inclure le ministère en charge de la famille (inclus dans les compétences de la CPS-Santé) ainsi que le secteur privé. Par ailleurs, la planification et le suivi quotidien du PRODESS ainsi que la coordination des PTF sont confiés à un Secrétariat permanent qui relève d'un organe pérenne du GdM, à savoir la CPS du secteur Santé.
- **Le suivi de la mise en œuvre et des résultats du PRODESS est assuré de manière conjointe au cours des organes de pilotage.** Dans le cadre de la préparation du Compact/IHP+, la matrice des indicateurs de suivi du PRODESS II prolongé a été révisée et 35 indicateurs fondamentaux ont été sélectionnés pour constituer un cadre commun mettant encore davantage l'accent sur les impacts, notamment au regard des OMD (voir Annexe 1). Le GdM organise également chaque année une mission conjointe de suivi dans deux régions et au niveau central.

L'approche sectorielle a permis d'obtenir des acquis rapides en termes d'appropriation par les parties prenantes, de coordination et de cohérence des interventions, et s'est consolidée au fil du temps. Elle a été renforcée par l'adhésion du Mali, en novembre 2007, au **Partenariat International pour la Santé (IHP+)**, qui s'est matérialisée avec la signature en avril 2009 du Compact « Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des

OMD » formalisant l'appui conjoint au PRODESS prolongé.¹¹ Le PRODESS II prolongé et les documents de politique qui le complètent, ainsi que le CDMT qui les traduit en termes budgétaires, constituent désormais le **cadre de programmation unique du secteur de la santé** sous-tendant le Compact/IHP+. Cependant, sur la cinquantaine de PTF actifs dans le secteur, seuls treize ont signé le Compact/IHP+ et trois font de l'ABS, ce qui est probablement insuffisant pour imprimer une tendance marquée en termes d'alignement.

A noter que cette dynamique est propre au secteur de la santé, mais qu'elle implique de plus en plus de collaborations avec d'autres ministères. Par ailleurs, d'autres changements dans la façon de mettre en œuvre les principes de l'efficacité de l'aide ont « percolé » du niveau central vers le secteur de la santé, en particulier l'appui budgétaire. Nous analysons ci-dessous comment la dynamique d'approche sectorielle renforcée par le Compact/IHP+, ainsi que d'autres initiatives et changements de pratiques, ont permis de mettre en œuvre les principes de l'efficacité de l'aide.

3.1 Appropriation et leadership

L'évaluation nationale de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris remarque que l'appropriation est plus avancée dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la gestion macroéconomique [MEF/SHA, 2011]. En effet, depuis son lancement en 1999, **l'appropriation du PRODESS par les parties prenantes nationales s'est considérablement renforcée. Ceci peut être considéré comme un des « gains rapides » de la dynamique d'approche sectorielle** qui met le GdM aux commandes des organes de pilotage, de coordination et de suivi du programme sectoriel, tout en permettant une large participation à ces organes du niveau régional, de la société civile et des PTF. Désormais, la grande majorité des PTF (y compris les ONG internationales et même certains PTF hors-OCDE, mais pas les fonds globaux) s'inscrivent dans cette approche sectorielle et participent au mécanisme de coordination sectorielle, ce qui permet d'assurer leur coordination sous la direction des autorités nationales.

Le processus de planification « de bas en haut » du PRODESS, avec la tenue chaque année des CROCEP impliquant l'ensemble des districts sanitaires et des PTF, y compris les partenaires de proximité (ONG) et les collectivités territoriales, contribue fortement à **l'appropriation des parties prenantes jusqu'au niveau opérationnel**, de même que la mission conjointe de suivi annuelle qui réunit elle aussi des représentants du gouvernement, des PTF et de la société civile.

Les processus des dernières années, en particulier l'appui budgétaire sectoriel et la préparation du Compact/IHP+, ont permis de **renforcer la collaboration entre le MS et le MEF**, au niveau central comme au niveau déconcentré, ce qui est également un gage de renforcement de l'appropriation nationale. Ceci est peut-être à l'origine de l'augmentation significative des ressources propres du budget d'Etat qui ont été allouées au secteur de la santé au cours des dernières années, surtout depuis 2008.¹² La préparation de la politique de ressources humaines a

¹¹ Le Mali a également bénéficié de l'initiative « Harmonisation for Health in Africa » depuis 2006 mais celle-ci a fortement convergé avec l'IHP+ dès 2007.

¹² Les dépenses comptabilisées comme relevant du secteur Santé par la Direction Générale du Budget (DGB) sont passées de 41,79 milliards FCFA en 2004 à 83,35 milliards FCFA en 2009, soit une augmentation moyenne de 15% par an sur cette période, contre une augmentation annuelle moyenne de 9,4% des dépenses totales au cours de la même période. Quant aux dépenses des secteurs sociaux, elles sont passées de 27,97 milliards FCFA en 2004 à 42,39 milliards FCFA en 2009, soit une augmentation moyenne de 19% sur la période [données d'exécution budgétaire – DGB].

quant à elle renforcé la collaboration entre le MS et le ministère en charge de la fonction publique, puis de l'ensemble du gouvernement vu qu'elle a été approuvée en Conseil des Ministres fin 2009.

Le processus de préparation et de suivi du Compact/IHP+ a encore consolidé la collaboration avec la société civile et a permis d'instaurer une dynamique de travail très inclusive, fondée sur le suivi d'un échéancier de travail et l'appel aux appuis techniques des PTF en fonction des compétences qu'ils peuvent mettre à disposition du processus. Cette dynamique de travail a prévalu lors de l'élaboration de la politique de ressources humaines, du CDMT et du Compact [Samaké et al. 2011]. Elle est désormais tout à fait institutionnalisée, comme le montre le processus en cours d'évaluation finale du PDDSS et de préparation du prochain plan, qui est notamment appuyé par un diagnostic consensuel des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de santé réalisé dans le cadre du développement de la plateforme « *Country Health Policy Process* » (CHPP) et a fait l'objet d'un *Joint Assessment of National Strategies* (JANS) fin mai – début juin 2011, afin de s'assurer que le prochain plan sera consensuel et fédérateur.

La planification et le suivi quotidien du PRODESS ainsi que la coordination des PTF étant confiés à un Secrétariat permanent sous la conduite de la CPS-Santé, **le leadership dans la conduite du développement du secteur et la coordination des parties prenantes s'est également renforcé** depuis le lancement du PRODESS. Le MS est désormais davantage en position de refuser des projets qui ne cadrent pas avec la stratégie nationale.¹³ **Les capacités de la CPS-Santé en charge du Secrétariat permanent du PRODESS ont été renforcées** au cours des dernières années (augmentation et formation du staff, moyens matériels, assistance technique, ...) pour lui permettre de mener sa mission à bien. Ses compétences ont également été élargies à un troisième secteur (promotion de la femme et de la famille, en plus de la santé et du développement social). **L'on constate ici un cercle vertueux entre les différents piliers de la Déclaration de Paris** car l'alignement sur le programme national à travers l'approche sectorielle a mis en exergue le besoin de renforcer les capacités de la CPS et les appuis concomitants ont permis de renforcer son leadership et sa capacité à gérer le programme dans une perspective d'atteinte des résultats. Ainsi, c'est indéniablement le MS qui a piloté la préparation du Compact/IHP+ et des documents sous-jacents (politique de ressources humaines, plan de renforcement du système de santé, etc.), en faisant participer autant que possible les autres parties prenantes – PTF et société civile. C'est également le MS qui pilote et coordonne les autres processus en cours dans le secteur (évaluation du PDDSS, JANS, préparation du prochain plan, etc.) [Samaké et al., 2011]. **A noter cependant que le leadership dans la conduite de ces processus reste limité à un « noyau dur »** de cadres appartenant à la CPS et à quelques autres directions (principalement la Direction des Finances et du Matériel et la Direction Nationale de la Santé) en interactions fréquentes avec les PTF, mais qu'une certaine masse de fonctionnaires et de structures restent satellitaires par rapport à la dynamique en place.

3.2 Harmonisation et alignement sur les systèmes nationaux

3.2.1 Alignement sur les stratégies nationales

Notons tout d'abord que du côté du GdM, le PRODESS a été prolongé sur la période 2009-2011 afin de s'aligner sur l'horizon du CSCRP. Il est complété par une série de documents annexes qui fournissent un cadre cohérent. Par contre, la stratégie sectorielle ne définit pas encore tout à fait clairement comment opérationnaliser la politique de décentralisation.

¹³ Ainsi par exemple, la BAD a à un moment souhaité monter un projet assorti d'une cellule de gestion spécifique dans la région de Sikasso, mais le MS l'a convaincue de faire gérer les fonds par les autorités maliennes, avec l'appui de conseillers.

Du côté des PTF, **officiellement, tous les financements extérieurs au secteur de la santé s'inscrivent dans les stratégies du PRODESS. Toutefois, certaines interventions** (notamment de la part de bailleurs hors-OCDE ou de partenaires de proximité) **sont programmées en-dehors du programme national, mais elles demeurent marginales** (hormis la construction récente par la Chine d'un nouvel hôpital à Bamako). Il faut aussi reconnaître **qu'au niveau opérationnel, certaines interventions des PTF ne sont pas totalement intégrées dans les activités normales des structures de soins** [Devahive 2011]. Le processus en cours d'élaboration du nouveau plan, qui se veut extrêmement inclusif, vise à en faire un instrument consensuel et fédérateur afin de maximiser l'alignement sur les stratégies nationales à l'avenir, y compris pour ce qui concerne leur opérationnalisation.

Par ailleurs, l'insuffisance de cohérence entre les politiques sectorielle et de décentralisation évoquée plus haut se retrouve également au niveau de l'appui des PTF. L'arrangement spécifique relatif à l'ABS au PRODESS a certes requis la signature d'une convention entre le MS et l'agence chargée de l'appui aux collectivités territoriales pour la construction des CSCOM mais à part cela, la plupart des appuis des PTF à la décentralisation ne traitent pas explicitement du renforcement des capacités des collectivités au regard des compétences décentralisées.

3.2.2 Alignement sur les procédures nationales de gestion financière

Du côté du GdM, lors du passage à l'approche sectorielle, des **procédures spécifiques « PRODESS »** ont été élaborées afin d'encourager les PTF à mettre leurs fonds en commun dans les différents comptes du programme.¹⁴ Ces procédures sont largement inspirées des procédures nationales de l'Etat, mais plus souples que celles-ci, avec plus de liberté laissée aux structures du MS dans la gestion de leurs fonds notamment à travers la qualité d'ordonnateur délégué donnée aux comptables du PRODESS dans les régions, l'usage courant de régies d'avances et l'alimentation rapide des comptes séparés du programme, y compris jusqu'au niveau Cercle. C'est pourquoi les autorités sanitaires continuent de privilégier cette modalité plutôt que l'ABS qui est géré par les services du MEF et tombe donc dans le Trésor public. Par ailleurs, pour répondre aux besoins de l'ABS, **le cycle de programmation du PRODESS a été harmonisé avec le cycle budgétaire du MEF depuis 2006** – ce qui a permis un meilleur alignement « intra-gouvernement », mais cause aussi des difficultés vu que certains PTF n'arrivent pas à faire leurs annonces de financement assez tôt dans le processus.

Du côté des PTF, plusieurs d'entre eux utilisent les comptes et procédures du PRODESS (Belgique, France, Canada, ...). **Quelques PTF sont passés à l'ABG** (dont la Commission Européenne et la Banque Mondiale qui ont conséquemment réduit drastiquement leur appui direct au secteur de la santé) et depuis 2006, **certain font de l'ABS** au secteur de la santé. L'ABS ne concerne plus que trois PTF à l'heure actuelle¹⁵ et représente quelque 10-12% du financement du secteur. Par définition, l'ABG et l'ABS sont alignés sur la politique et les systèmes nationaux.¹⁶ Par ailleurs, dans le cadre du Programme conjoint des Nations Unies, des procédures communes ont été adoptées en 2009, qui reposent sur une **approche harmonisées de remises d'espèces** (HACT) aux partenaires d'exécution. Quatre agences actives dans le secteur de la santé utilisent cette approche : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et le PAM.

¹⁴ Compte A (niveau central), comptes B au niveau des Directions Régionales de la Santé et comptes C au niveau des CSREF.

¹⁵ Les Pays-Bas, le Canada et l'Espagne. La Suède a abandonné l'ABS en 2011 au profit de l'ABG.

¹⁶ Toutefois, jusqu'à 2011, l'ABS au Mali était traçable, c'est-à-dire qu'il se retrouvait à la fois en ressources et en dépenses dans la Loi de Finances, assorti de codes spécifiques.

Ces quatre modalités d'aide (ABG, ABS, procédures PRODESS et HACT) ont permis des progrès en termes d'alignement, et sont d'ailleurs les modalités privilégiées par le Compact/IHP+. **Cependant, les donateurs continuent à proliférer et de nombreux et importants projets ciblés sur certains problèmes de santé et assortis de procédures spécifiques**, au sujet desquels le MS éprouve encore des difficultés à obtenir des informations (surtout sur les exécutions), **sont encore gérés dans le secteur**.

Ceci est particulièrement le cas du **Fonds Mondial**, dont la gestion repose sur un mécanisme de coordination certes participatif, mais très lourd tant pour les autorités maliennes que pour les partenaires qui le gèrent « bénévolement ». Le Fonds Mondial utilise des procédures spécifiques accordant une grande liberté à son unité de gestion et échappant aux contrôles financiers normaux de l'Etat malien. Ce système impose une grande lenteur dans la résolution des problèmes vu que le Fonds Mondial n'a pas de représentation au Mali et que les problèmes prennent parfois plusieurs mois avant d'être résolus. Il fait également peser d'importants coûts de transaction sur les autorités maliennes – d'autant plus avec la multiplication des audits et des supervisions spécifiques observée ces dernières années. Or, ce système de gestion spécifique ne s'est pas du tout avéré effectif en matière de diminution du risque fiduciaire, car d'importantes sommes du Fonds Mondial ont été détournées en 2009-2010 [Global Fund's OIG, 2011]. Ironie du sort, c'est le système de contrôle interne du MS qui a détecté le détournement des fonds – et plusieurs bailleurs ont réagi en gelant leurs déboursements (notamment d'AB) au profit du MS ! Les audits qui ont suivi ont infirmé les suspicions de corruption généralisée au niveau du secteur : si certaines malversations ont été confirmées par un audit du Vérificateur Général, elles ne concernent que des montants modestes et des mesures ont été prises par le GdM pour poursuivre les coupables et s'assurer du remboursement des fonds.

Soulignons que **les réactions des partenaires suite aux problèmes constatés dans la gestion financière au Mali ont été radicalement différentes**. Le Fonds Mondial a agi de manière unilatérale, envoyant des auditeurs dont les rapports (en anglais seulement !) n'ont pas pu être critiqués par les parties prenantes nationales – ce qui n'a pas permis de rechercher des solutions aux problèmes. Il a eu immédiatement une attitude de blocage des financements et des activités – qui perdure toujours et qui s'est répercutée sur plusieurs autres bailleurs, dont certains ont gelé leurs décaissements (notamment d'ABS) ou se sont retirés du secteur suite à la diffusion des premiers soupçons de malversations. Tout au contraire, l'Alliance GAVI, qui utilisait les procédures nationales du PRODESS pour son volet RSS, a plutôt **cherché à collaborer avec le MS pour trouver des solutions aux problèmes, dans une dynamique positive et constructive**. En effet, suite aux problèmes identifiés dans la gestion des subventions du Fonds Mondial, GAVI a choisi de maintenir le financement de son personnel sur le volet RSS, de partager les informations en temps réel avec le gouvernement et les autres partenaires (elle a notamment diffusé un communiqué appelant à la mesure sur son site web) et de dépêcher fin 2010 une évaluation de la gestion financière du PRODESS. Celle-ci a identifié certaines insuffisances dans la mise en œuvre effective de la gestion financière nécessitant des ajustements en vue de réduire les risques fiduciaires, mais a conclu qu'il était approprié de conserver le mécanisme de gestion financière nationale pour le volet RSS et de l'élargir au volet vaccination [GAVI Alliance 2010]. Ainsi donc, GAVI a préféré accompagner le MS dans l'identification des aspects à améliorer, en toute transparence, de manière à pouvoir reprendre les activités dans les meilleurs délais. Ceci peut être relevé comme une bonne pratique de partenariat.

L'ABS a initialement suscité des préoccupations dans le chef des autorités sanitaires car il constitue pour elles une perte de liberté managériale par rapport aux procédures et aux comptes du PRODESS. Au cours des premières années, il posé des problèmes de mobilisation des

ressources (surtout au niveau déconcentré), mais cela n'a pas empêché les partenaires de chercher des solutions pour en améliorer la gestion et appuyer la GFP plus largement. C'est ainsi que la collaboration avec le MEF a été considérablement renforcée et que le Canada a accompagné son ABS d'un appui au renforcement des capacités du secteur, orienté notamment sur un renforcement de l'audit interne. D'ailleurs, très récemment, le Canada qui souhaitait dédier des ressources supplémentaires (63 millions de dollars canadiens, soit environ 30 milliards FCFA sur cinq ans) à la santé de la mère et de l'enfant, s'est finalement orienté vers l'ABS pour acheminer ces fonds. Concrètement, il a été choisi de partir du gap de financement identifié dans le CDMT du PRODESS II prolongé relatif à la santé maternelle et infantile, pour élaborer un plan d'action basé sur ces activités. Dès que le MS aura élaboré ce plan d'action, les fonds seront libérés.

3.2.3 Autres efforts en termes d'alignement sur les systèmes nationaux

L'alignement sur le cycle budgétaire national requiert que les annonces de financement des PTF soient faites suffisamment à l'avance de manière à pouvoir les intégrer dans le budget et/ou le CDMT (prévisibilité « *a priori* » de l'aide). A cet effet, le Compact/IHP+ encourage les PTF à faire leurs annonces de financement (montants et timing) sur plusieurs années. Sept des signataires du Compact ont fait des annonces de financement sur trois ans (2009-2011), soit jusqu'à la fin du PRODESS II prolongé, et deux autres ont fait leurs annonces sur deux ans (2009-2010), et de manière générale, un nombre croissant de PTF font désormais leurs annonces annuelles avant la tenue des organes de planification du PRODESS [Samaké et al. 2011].

Par ailleurs, le MS encourage les PTF à utiliser les indicateurs issus du cadre commun, constitué de trente-cinq indicateurs retenus de la matrice exhaustive de suivi du PRODESS II prolongé (voir Annexe 1). L'idée était que les PTF souhaitant assortir leurs interventions (p.ex. leur appui budgétaire) de conditionnalités utiliseraient un sous-ensemble de ces indicateurs. Toutefois, cette pratique n'est pas encore généralisée et il existe par exemple des différences de formulation entre les indicateurs repris dans le nouvel arrangement spécifique de l'ABS au PRODESS II prolongé sur la période 2010-2011 et ceux du cadre commun.

3.2.4 Harmonisation entre les interventions des PTF

Depuis 2006, **les ABG et ABS sont fournis**, via l'arrangement cadre et l'arrangement spécifique ABS/PRODESS, **dans un cadre harmonisé** reposant principalement sur :

- Des comités de suivi communs (même si les décisions de décaissement se font par chaque PTF individuellement) ;
- L'utilisation d'une matrice commune de déclencheurs et indicateurs (même si certains PTF n'en prennent en compte que quelques-uns).

Les PTF qui envisageaient de passer à l'ABS ont d'ailleurs mené des missions conjointes d'analyse de risques. Les Pays-Bas représentaient la Suède (jusqu'en 2010) et représentent l'Espagne (depuis 2009) pour l'ABS au PRODESS, à travers des partenariats délégués. En 2010, les comités de suivi de l'ABS ont été intégrés dans les Comités techniques et de suivi du PRODESS, ce qui permet de ne pas dupliquer les organes de dialogue.

Au-delà des modalités financières, d'autres progrès enregistrés en matière d'harmonisation sont à trouver dans le **processus commun de coordination et de planification (jusqu'au niveau opérationnel)**, les **missions conjointes de suivi** annuelles (y compris sur le terrain) et l'entente avec les PTF, dans le contexte de l'élaboration du Compact/IHP+, sur un **cadre harmonisé (matrice commune) de suivi du PRODESS** (voir Annexe 1). Comme développé plus bas

(point 4.1.4), **les PTF organisent de plus en plus d'activités conjointement en appui au MS.** C'est le cas notamment des enquêtes (EDS, etc.) qui sont souvent cofinancées par plusieurs PTF ainsi que du processus en cours d'évaluation du PDDSS et de préparation du nouveau plan qui, piloté par la CPS Santé, bénéficie de cofinancements de plusieurs partenaires pour une série d'activités (par exemple, l'OMS a financé le développement de la plateforme CHPP, le Canada a financé l'état des lieux sur la promotion de la femme, plusieurs PTF ont financé des consultants extérieurs et l'organisation du JANS, etc.).

A noter également que dans le cadre de l'application du **Code de conduite de l'UE sur la complémentarité et la division du travail**, plusieurs PTF se retirent progressivement du secteur de la santé (ex : la France, la Belgique), hélas sans compensation pour le secteur, tandis que d'autres (ex : l'Espagne et auparavant la Suède pour l'ABS) interviennent via des partenariats silencieux.

3.3 Gestion orientée vers les résultats

L'évaluation nationale de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (phase 2) constate qu'au niveau de la gestion axée sur les résultats également, le secteur de la santé fait partie des secteurs les plus avancés [MEF/SHA, 2011]. **L'accent sur le suivi des résultats du secteur de la santé dans son ensemble a commencé avec le lancement de l'approche sectorielle en 1999.** Depuis lors, le suivi des résultats a été renforcé sous l'influence du CSLP (2002), de l'ABG de la Commission européenne (2003), de l'ABS (2006) et du Compact/IHP+ (2009) [Samaké et al., 2011].

Le **Système National d'Informations Sanitaire (SNIS)** fournit les données de routine issues des structures opérationnelles. Il est constitué du Système Local d'Informations Sanitaire (SLIS), du Système d'Information Hospitalier et du Système d'Alerte Epidémiologique. L'agrégation des données issues des structures est assurée par la CPS-Santé, qui produit les annuaires statistiques annuels. Ces données sont **complétées par des indicateurs d'impact issus d'enquêtes** telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) dont la périodicité est quinquennale, l'enquête *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS), les enquêtes légères intégrées auprès des ménages, les comptes nationaux de la santé, etc., dont la plupart sont cofinancées par divers PTF.

Le PRODESS II original était accompagné d'un cadre logique et d'une série d'indicateurs de suivi. La composante Santé définissait 8 indicateurs d'impact (concernant la malnutrition chronique, la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la fécondité, le VIH/SIDA) et 65 indicateurs de réalisations directes et de résultats. Dans le cadre de la prolongation du PRODESS II sur la période 2009-2011, **cette matrice d'indicateurs a été révisée**, mettant davantage l'accent sur les impacts et les nouvelles stratégies prioritaires (soins néonataux et obstétricaux d'urgence, réduction des disparités régionales, incitation du personnel soignant à travailler dans les zones difficiles, déconcentration des ressources, etc.). **Trente-cinq indicateurs de cette matrice exhaustive ont été retenus pour constituer le cadre commun de suivi du PRODESS**, qui fait désormais l'objet d'un suivi de la part de l'ensemble des acteurs lors des comités techniques et de suivi [PRODESS II prolongé] (voir Annexe 1).

L'ABS en particulier s'accompagne de mécanismes de suivi reposant sur des grilles d'indicateurs de performance annuelle, des rapports de suivi techniques et financiers ainsi qu'un rapport d'audit des dépenses du programme. Une partie des décaissements dépend de l'atteinte de plusieurs objectifs sectoriels, ce qui a renforcé la gestion orientée vers les résultats. Cependant, l'évaluation de la Déclaration de Paris déplore que les donateurs font peu d'effort pour renforcer

les mécanismes et outils d'évaluation des stratégies nationales [MEF/SHA, 2011]. Il semble malgré tout que les indicateurs utilisés pour le suivi des AB font l'objet d'une attention accrue de la part du MS, tandis que d'autres (concernant la nutrition par exemple) semblent assez délaissés par le système [Lawson et al. 2011].

Le suivi des réalisations et de la mise en œuvre des recommandations est effectué en commun (ministères niveau central et régional, PTF, société civile) lors des organes de pilotage du PRODESS. Au cours des dernières années, la qualité des présentations faites par le MS s'est améliorée et les discussions menées ont évolué vers davantage d'analyses des résultats, basées sur des preuves. Dès lors, **le dialogue sur les politiques s'est tourné vers plus de priorités stratégiques** : l'on cherche désormais à expliquer les causes des résultats observés et à chercher des solutions aux problèmes identifiés. Il semble que l'ABS ait contribué à renforcer l'utilisation des indicateurs dans le dialogue sur les politiques et à renforcer la qualité des informations fournies et des analyses faites par le MS [Lawson et al. 2011].

L'analyse en profondeur des processus liés à la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide a commencé en 2007 avec l'appui de la Coopération Technique Belge (CTB) à la mise en place d'un Comité technique d'expertise pour le suivi de l'approche sectorielle et l'appui budgétaire dans le secteur de la Santé, qui a permis la réalisation d'un ouvrage de capitalisation de l'expérience d'AS/AB [Samaké 2009]. Ce processus a été renforcé avec l'IHP+ (2008-2009) et l'élaboration du portail CHPP (2010-2011), lequel a permis d'arriver à un diagnostic consensuel sur les forces, faiblesses et priorités du renforcement du système de santé.

Enfin, **l'élaboration du CDMT révisé** du PRODESS a reposé sur l'utilisation du logiciel *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB) qui essaie de faire clairement les liens entre financements et l'atteinte des objectifs.

3.4 Responsabilité mutuelle

Le principal lieu d'exercice de la responsabilité mutuelle repose dans les organes de pilotage du PRODESS qui réunissent les ministères concernés, la société civile (qui co-préside les comités techniques et de suivi) et les PTF. **Le processus de préparation du Compact/IHP+** et des documents qui le sous-tendent (prolongation du PRODESS, CDMT, politique de ressources humaines, ...) **a permis de considérablement renforcer la dynamique de travail en commun** et de l'avis général, **le cadre de dialogue sectoriel s'est amélioré** au fil du temps et est désormais plus coordonné, très franc et davantage basé sur le suivi des résultats et l'analyse des problèmes [Lawson et al. 2011]. Le Compact/IHP+ définit clairement les engagements respectifs du gouvernement et des PTF ainsi que les modalités d'aide préférées. Le suivi de sa mise en œuvre, avec d'une part la revue annuelle des engagements des parties prenantes et d'autre part l'évaluation indépendante menée par IHP+Results, a renforcé la responsabilité mutuelle. Ainsi IHP+Results a mené une première étude de cas en 2009, hélas trop tôt après la signature du Compact que pour pouvoir documenter des résultats très conséquents.¹⁷ Par contre, la pratique des *Scorecards* annuels permet de mettre en évidence les aspects qui sont à la traîne et de mettre une certaine pression sur les partenaires au niveau international pour qu'ils accélèrent la mise en œuvre de leurs engagements. Le *Scorecard* 2010 du Mali (reposant sur des données de 2009) constate des progrès en matière de responsabilité mutuelle, relevant le suivi conjoint actif et l'engagement de la société civile dans le mécanisme de coordination sectorielle, et conclut que « des évaluations conjointes sont faites des progrès accomplis en ce qui concerne la mise en œuvre d'engagements dans le secteur de la santé, notamment en matière d'efficacité de

¹⁷ En outre, le document étant rédigé en anglais, il n'a pas été approprié par les acteurs locaux.

l'aide » [IHP+Results 2010]. **Le processus actuel d'évaluation du PDDSS**, qui bénéficie de l'appui de toute une série de partenaires et est complètement inclusif (notamment avec le CHPP et le JANS), est aussi de nature à renforcer la responsabilité mutuelle.

Concernant la **redevabilité vis-à-vis des parties prenantes domestiques**, la part des ressources du secteur passant par le budget a augmenté (notamment grâce à l'accroissement du budget d'Etat alloué au secteur favorisé par l'ABG), et avec elle le contrôle du Parlement et des institutions de vérification nationales (Section des Comptes de la Cour Suprême, Bureau du Vérificateur Général) sur l'utilisation des ressources. Dans le cadre de l'ABS, le PRODESS est également soumis chaque année à un audit externe par une firme privée. Les PTF participent à la rédaction des termes de référence de cet audit et ont le loisir d'apporter des commentaires sur le rapport provisoire des consultants.

4. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?

4.1 **Résultat n°1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?**

4.1.1 Evolution des financements extérieurs alloués au secteur

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du budget du PRODESS par sources de financement depuis 2005.¹⁸

Tableau 8 : Prévisions et exécutions du budget du PRODESS par sources de financement, 2005-2011

(millions FCFA)	2005		2006		2007		2008		2009		2010	2011
	prévu	exécuté	prévu	exécuté	prévu	exécuté	prévu	exécuté	prévu	exécuté	prévu	prévu
Budget d'Etat	38.343	38.754	41.784	38.379	43.433	43.371	61.427	50.155	62.048	53.981	61.427	61.174
ABS			5.158	5.036	8.827	8.037	11.128	7.503	9.260	9.260	11.128	10.472
Recouvrement	9.802	4.757	10.031	11.106	13.524	11.965	15.959	14.069	7.141	7.141	15.959	18.451
Communautés	320	246	196	193	593	210	1.535	355	1.023	624	1.535	1.522
Collectivités	493	114	488	386	1.327	311	2.123	364	2.614	471	2.123	3.973
PTF (projets)	36.796	17.972	40.807	23.193	29.341	31.330	42.376	19.516	37.925	6.827	42.376	26.218
Total	85.754	61.844	98.464	78.293	97.043	95.225	134.548	91.962	120.466	78.303	134.548	121.777

Source : DAF/MS, présentations aux Comités de Suivi du PRODESS 2006 à 2010

Comme le montre ce tableau, **les allocations sur budget d'Etat ont beaucoup augmenté entre 2007 et 2008. Par contre, les financements extérieurs hors ABS ont brutalement chuté en 2008 et surtout en 2009.** La forte croissance des ressources issues du budget de l'Etat laisse entendre que **le secteur bénéficie probablement indirectement de l'ABG.** En effet, la récente évaluation des opérations d'AB au Mali a tenté d'isoler la contribution de l'ABG aux secteurs prioritaires en faisant l'hypothèse que les recettes intérieures étaient réparties dans les mêmes proportions entre les secteurs depuis 2002. Ce faisant, les auteurs ont calculé que l'ABG aurait permis de faire des dépenses supplémentaires d'en moyenne 0,3% du PIB par an dans le secteur de la Santé, en surplus de ce que pouvait couvrir la croissance des recettes intérieures.¹⁹ Sur base de cette hypothèse, les auteurs ont estimé que la croissance moyenne annuelle des différentes sources du budget de la Santé entre 2003 et 2009 a été de 10% pour les recettes intérieures, 43% pour l'ABG, 27% pour l'ABS (seulement sur la période 2006-2009), et de 11% pour les projets. Ceci leur fait raisonnablement supposer que l'ABS s'est entièrement substitué aux projets, de même qu'une partie de l'ABG (au sens où les PTF passant à l'AB ont conséquemment réduit leurs projets dans le secteur). Selon ces estimations incluant la contribution de l'ABG aux dépenses du secteur, ils concluent que la part des dépenses du secteur de la Santé gérées à travers le budget (recettes intérieures + ABG + ABS) a augmenté, passant de

¹⁸ 1 EUR = 655,957 FCFA. A noter que les données sur les financements extérieurs (surtout exécutés) sont imprécises, que les sources varient et aucune n'est exhaustive. Les chiffres présentés ici sont ceux collectés par la Direction Administrative et Financière du MS à travers les outils de planification et les rapports d'activités du PRODESS, qui divergent quelque peu des chiffres collectés par le MEF.

¹⁹ En effet, la part des dépenses de Santé dans le budget de l'Etat a augmenté de 5% en 2002 à 8% en 2009 et en termes de pourcentage du PIB, les dépenses du secteur sont passées de 1% en 2002 à 2% en 2009. Par contre, le niveau des recettes intérieures est resté presque constant en termes de pourcentage du PIB.

62% sur la période 2000-2002 à 76% sur la période 2006-2009 [Lawson et al. 2011]. Quant aux 24% restants (projets), une majorité d'entre eux sont inclus dans le BSI extérieur.²⁰

4.1.2 *Evolution de la prévisibilité de l'aide*

Comme mentionné au point 3.2.3, **la prévisibilité a priori de l'aide (c'est-à-dire au niveau des annonces de financement) s'améliore** vu que sept des signataires du Compact ont fait des annonces sur trois ans et qu'un nombre croissant de PTF font désormais leurs annonces avant la tenue des organes de planification. En particulier, la prévisibilité a priori de l'appui budgétaire est relativement bonne vu que les engagements sont pluriannuels et que les déboursments correspondent globalement aux prévisions sur une base annuelle – mais vu la faible part de l'ABS dans le budget, ceci n'est pas suffisant pour imprimer une tendance générale à l'augmentation de la prévisibilité de l'aide. Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, les décaissements d'ABS en cours d'année ont toujours été tardifs jusqu'à présent, ce qui a retardé l'exécution des activités car les premières années, la DGB n'ouvrait les crédits de l'ABS qu'après le décaissement des tranches par les PTF.

Tableau 9 : Prévisions et décaissements d'ABS au PRODESS enregistrés au Trésor, par bailleur et par tranche, 2006-2009

<i>(en millions FCF/A)</i>	2006			2007			2008			2009		
	Prév ision	Décais sement	Date de décaiss.	Prév ision	Décais sement	Date de décaiss.	Prév ision	Décais sement	Date de décaiss.	Prév ision	Décais sement	Date de décaiss.
Pays-Bas 1e tranche	2.558	2.600	25/10	1.560	1.560	avr-07	1.560	1.574	15/04	1.560	1.560	avr-09
Pays-Bas 2e tranche				1.040	1.040	oct-07	1.040	1.050	1/12	1.040	1.040	nov-09
Suède 1e tranche	2.558	2.185	29/12	2.500	1.500	avr-07	1.279	1.471	25/05	1.308	1.308	2e trim.
Suède 2e tranche							1.279	833	26/12		874	déc-08
Canada 1e tranche				1.061	1.100	avr-07	2.420	2.017	18/04	2.775	2.775	avr-09
Canada 2e tranche							2.420	3.063	6/11	2.836	2.906	nov-09
Espagne 1e tranche										656	656	1er trim.
Espagne 2e tranche										656		
Total	5.116	4.785		6.161	5.200		9.997	10.007		10.831	11.119	

Source : MEF/DNTCP/Agence comptable du Trésor

De manière générale, comme le montre le Tableau 8, **la prévisibilité a posteriori de l'aide (c'est-à-dire au niveau des exécutions) par projets**, qui peut être estimée en comparant les financements prévus dans les plans opérationnels et leur exécution, s'est accrue entre 2004 et 2007, mais **a brusquement chuté en 2008 et surtout en 2009**. Les financements extérieurs exécutés sont encore très différents des prévisions, soit parce que les décaissements sont bloqués et se font tardivement, soit parce que les structures n'arrivent pas à exécuter les fonds qui ont été mobilisés, soit du fait que certains financements arrivent en cours d'année sans que leur utilisation ait été planifiée [Lawson et al. 2011].²¹

²⁰ Les variations entre les données issues de la DGB et de la DAF/MS sont très importantes mais on peut estimer qu'en moyenne 70% des projets sont inclus au BSI.

²¹ Il semble que la faible prévisibilité agrégée de l'aide projet en 2009 s'expliquerait en partie par les contraintes administratives énormes que fait peser la gestion du Fonds Mondial sur le MS vu qu'il n'a pas de représentation au Mali, et prend parfois plusieurs mois pour répondre à de simples sollicitations. Le

4.1.3 Evolution des coûts de transaction

Concernant l'évolution des coûts de transaction, il faut remarquer que la coordination sectorielle fait peser certains coûts tant au GdM qu'aux PTF, mais que ces coûts sont **créateurs de valeur ajoutée en termes de capital de confiance et d'amélioration de la cohérence des interventions**. Ils peuvent donc être davantage considérés comme des **investissements** que comme des coûts perdus.²²

Le passage à l'ABS a dans un premier temps augmenté les coûts de transaction à la fois pour le gouvernement et dans une moindre mesure pour les PTF, car il a fallu mettre sur pied un nouveau système et les comités de suivi de l'ABS ont initialement été séparés des organes de concertation du PRODESS. Les premières années, le MS a connu des difficultés à fournir à temps les informations nécessaires à la libération des tranches (indicateurs et leur mode de calcul), ce qui a justifié une multiplication des réunions. L'ABS n'a d'ailleurs pas vraiment permis d'augmenter l'alignement car il ne concerne que quelques PTF, il ne constitue encore qu'environ 10% du financement du PRODESS et moins du tiers des contributions extérieures, et car les PTF faisant de l'ABS (hormis l'Espagne) utilisaient déjà les comptes et procédures PRODESS (plus souples et renforçant la davantage responsabilité des autorités socio-sanitaires au niveau déconcentré), d'où un recul dans l'utilisation de ces derniers. Néanmoins, plusieurs aménagements ont permis de réduire les coûts de transaction de l'ABS, notamment les partenariats délégués et à partir de 2010, la fourniture d'une tranche unique d'ABS par les Pays-Bas et l'intégration des comités de suivi de l'ABS dans les organes de suivi du PRODESS et du Compact/IHP+.

L'expérience acquise par le MS dans le pilotage de l'approche sectorielle et le suivi de l'appui budgétaire a permis de **réduire certains coûts de transaction au fil du temps**, notamment en améliorant la qualité et la promptitude des informations, afin de pouvoir fonder le dialogue sur des données concrètes. Enfin, signalons que **d'importants coûts de transaction non créateurs de valeur ajoutée s'imposent encore aux autorités maliennes car la fragmentation de l'aide demeure et d'importants projets assortis de procédures spécifiques sont encore gérés dans le secteur**, en particulier le Fonds Mondial dont la gestion pèse énormément sur les autorités maliennes et sur les PTF qui s'en chargent bénévolement, et qui impose de multiples audits et supervisions spécifiques [Lawson et al. 2011]. Ainsi, alors qu'il existe des audits annuels du PRODESS organisés au niveau national (dans le cadre de la supervision externe par la Section des Comptes de la Cour Suprême et le Bureau du Vérificateur Général ainsi que par une firme privée dans le cadre de l'ABS), cinq audits spécifiques supplémentaires ont été conduits en 2010, mettant une pression considérable sur la Direction des Finances et du Matériel du MS. Ceci a d'ailleurs été identifié comme une cause majeure des difficultés de mise en œuvre des activités planifiées car la Direction des Finances et du Matériel s'est retrouvée incapable de répondre à toutes les demandes des PTF, et a dû négliger son travail de gestion quotidienne des ressources domestiques [Lawson et al. 2011 et Samaké et al. 2011].

4.1.4 Changements en termes de partenariat

Plusieurs changements en termes de **comportement de partenariat entre donateurs** sont observés. Ainsi, comme l'a souligné un de nos interlocuteurs, « les gens essaient toujours de

MS, étant accaparé par le Fonds Mondial qui semble être devenu une de ses priorités, ne semble plus avoir le temps de gérer ses autres partenariats, ce qui découragerait d'autres PTF [Lawson et al. 2011].

²² Voir Paul, Elisabeth, and Frieda Vandeninden, "Foreign Aid Transaction Costs: What are they and how are they minimised?", *Development Policy Review*, à paraître en 2011.

travailler ensemble ». Les PTF et la société civile participent aux missions conjointes de suivi annuelles sur le terrain. Les enquêtes (EDS.M, MICS, carte sanitaire, ...) sont généralement cofinancées par plusieurs PTF. Certains PTF organisent désormais des activités conjointes : on peut par exemple citer les campagnes intégrées de vaccination UNICEF/OMS/GAVI, l'appui à la santé reproductive conjoint Luxembourg/UNFPA/OMS, le programme de nutrition PAM/PNUD/FAO/UNICEF/OMS. Plusieurs PTF ont également cofinancé certaines activités liées à l'évaluation du PDDSS (consultants, ateliers, élaboration de la plateforme CHPP et organisation du JANS, ...).

4.1.5 Appui au développement des capacités

L'approche sectorielle et l'introduction de l'ABG et de l'ABS ont mis en exergue la nécessité de renforcer les capacités d'analyse stratégique, de programmation, de gestion financière et de suivi-évaluation du secteur, et ont conduit à la fourniture d'une **assistance technique (AT) davantage focalisée sur les besoins systémiques**. Cet appui au renforcement des capacités est déterminant si l'on espère augmenter l'utilisation, par les PTF, des systèmes nationaux. Les appuis ont parfois mis plusieurs années à se mettre en place, mais on peut saluer par exemple l'appui de la Commission européenne au renforcement de l'appareil statistique, l'appui de la Belgique à la capitalisation de l'expérience d'approche sectorielle et d'AB, l'appui du Canada à la GFP, l'appui de la France aux ressources humaines, etc. Suite à la requête introduite auprès de GAVI sur le volet RSS et à l'élaboration du Plan stratégique national en la matière en 2008, ces efforts d'appui au RSS sont faits de façon plus cohérente. Toutefois, bien que le Compact/IHP+ prévoie la mise sur pied d'un cadre institutionnel réglementant la fourniture d'AT et la création d'une Commission de Coordination de l'AT, les interventions d'AT sont encore fournies de manière bilatérale, dans un cadre non harmonisé. Ainsi par exemple, le MS bénéficie de l'appui de quelque 150 médecins cubains et chinois, plus d'une série d'autres assistants techniques, mais ces interventions sont fournies sur base bilatérale par les PTF qui imposent parfois leurs priorités.

Au total, tous ces résultats en matière d'efficacité de l'aide sont susceptibles d'augmenter l'efficacité et l'efficience des dépenses dans le secteur de la santé et d'engendrer des cercles vertueux sur le renforcement des capacités, de l'appropriation, du leadership, de l'orientation vers les résultats et à moyen terme, sur l'amélioration des résultats sanitaires.

4.2 Résultat n°2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?

Si de plus en plus d'attention est accordée au RSS et aux changements structurels, il faut signaler d'emblée qu'il s'agit d'un processus qui nécessite lui aussi des changements de comportement jusqu'au niveau opérationnel, et donc qui prend du temps. Les résultats en la matière sont donc à attendre sur le moyen terme, mais l'on constate d'ores et déjà que certaines choses vont dans la bonne direction. Nous donnons ici un bref aperçu des principaux changements observés depuis le début de la mise en œuvre du PRODESS au regard des six piliers du système de santé identifiés par l'OMS (WHO 2007), et qui ont été – du moins en partie – influencés par l'aide extérieure.

4.2.1 Les changements au niveau de la gouvernance, de l'analyse et de la planification sanitaire

Il demeure un certain nombre de problèmes de gouvernance au sein du secteur de la santé. L'évaluation du PDDSS relève notamment des problèmes au niveau de la micro-planification (qui ne prend pas assez en compte les spécificités de chaque cercle), au niveau de la gestion des ressources (inventaire, maintenance, ...) et au regard de la fréquence insuffisante des supervisions intégrées [MS 2011]. On peut aussi relever des problèmes au niveau de la collaboration entre les différentes structures et directions du MS car si une partie des acteurs est très engagée en faveur des réformes, d'autres maintiennent des comportements inadaptés.

Néanmoins, un certain nombre d'améliorations sont perceptibles depuis quelques années, qui résultent en partie de la coopération de plus en plus inclusive avec les partenaires. Ainsi, sous l'impulsion de l'alignement sur les stratégies et systèmes nationaux via l'approche sectorielle et l'ABS, et dans un souci d'orientation vers les résultats, **le processus de programmation du secteur de la santé, même s'il est encore imparfait, est très participatif et s'est incontestablement amélioré au cours des dernières années.** Les PTF et la société civile ont été impliqués dans la définition des priorités et des stratégies pour la prolongation du PRODESS II (santé maternelle, lutte contre le cancer, malnutrition, maladies tropicales négligées) ainsi que dans l'élaboration des documents de politique spécifiques (stratégie nationale de survie de l'enfant, politique des ressources humaines, plan stratégique de RSS, stratégie de maintenance, etc.). Quelques PTF (en particulier l'UNICEF) ont apporté leur appui pour la révision du CDMT intégrant ces nouvelles stratégies et faisant le lien entre financements et résultats. **L'évaluation du PDDSS et la préparation du nouveau plan sont particulièrement participatives,** notamment grâce à l'utilisation des outils CHPP et JANS, ce qui augure d'une qualité renforcée du nouveau plan.

Suite à son interpellation régulière à ce sujet lors des comités de l'ABS, le MS tente désormais de répondre aux insuffisances des outils de planification (manque de lisibilité et de cohérence entre le CDMT, le plan opérationnel et la Loi de Finances). Afin de répondre aux faiblesses constatées dans le travail réalisé lors des CROCEP (notamment en termes d'analyses) et dans la qualité des plans opérationnels, **le processus de planification annuelle a été révisé et s'est nettement amélioré** au cours des cinq dernières années avec l'introduction de la **gestion axée sur les résultats.** Alors que les structures opérationnelles ont initialement rencontré quelques difficultés à planifier ce qu'elles allaient faire de l'ABS car elles n'étaient pas habituées à disposer de fonds non ciblés, il semble qu'elles aient progressivement appris à utiliser les ressources de l'ABS comme compléments aux fonds ciblés [Lawson et al. 2011]. La collaboration avec le MEF dans tous ces processus s'est également améliorée.

4.2.2 Les changements au niveau du financement (allocation des ressources et gestion financière)

Comme le montre le Tableau 8, le budget d'Etat est la principale source de financement du PRODESS. Sur la période 2006-2009, **l'ABS a compté pour environ 10% des dépenses du secteur** et les projets extérieurs, pour environ 23% – sans compter la contribution indirecte de l'ABG au financement du secteur [Lawson et al. 2011]. Néanmoins, **les financements extérieurs par projets ont régulièrement augmenté jusqu'en 2007, mais ont connu une chute brutale en termes d'exécution depuis 2008 et surtout en 2009**. En effet, cette même année, les financements extérieurs exécutés se sont révélés de l'ordre de six fois moindres que les financements prévus. Il semble que l'origine de cette chute soit à trouver dans tous les problèmes de gestion qu'ont connus les financements du Fonds Mondial en 2009 et 2010 suite à la découverte de malversations²³ (lenteur dans la résolution des problèmes vu l'absence de représentation au Mali, multiplication d'audits spécifiques, retards dans les décaissements et finalement blocage des financements) qui ont accaparé l'administration financière du MS, laquelle s'est révélée incapable d'assurer une part de sa gestion quotidienne ainsi que ses relations avec d'autres partenaires. Finalement, ces problèmes se sont répercutés sur d'autres PTF qui ont gelé leurs décaissements pendant plusieurs mois, notamment ceux d'ABS [Lawson et al. 2011]. Par ailleurs, le montant des recouvrements a également diminué en 2009, probablement suite à la gratuité de certains services (césarienne, paludisme pour les populations fragiles, ...) [MS 2011].

Il est difficile de réaliser une analyse approfondie de **l'évolution de la composition des dépenses** de santé vu l'absence de données détaillées par nature et par objectif des dépenses. Comme le montre le Tableau 10 ci-dessous, les données relatives à l'exécution du PRODESS par volet depuis 2005 montrent que c'est le volet 7 du PRODESS (renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation) qui reçoit la majorité des ressources (financements extérieurs inclus) ; une augmentation des dépenses consacrées au développement des ressources humaines, crucial pour l'essor du secteur, semble s'être amorcée en 2009.

Tableau 10 : Exécution du PRODESS par volet, 2005-2009

(milliers FCFA)	2005	2006	2007	2008	2009
Volet 1. Accessibilité géogr. (infrastructures)	11.996.664	9.471.974	14.030.896	6.326.438	10.801.709
Volet 2. Ressources humaines	3.876.544	4.415.891	5.247.464	3.822.453	7.381.389
Volet 3. Médicaments et consommables	6.833.150	11.131.507	12.040.399	12.085.080	9.764.678
Volet 4. Qualité des services, augmentation de la demande, lutte contre la maladie	3.350.611	5.567.551	9.981.784	6.043.623	6.272.377
Volet 5. Accessibilité financière	631.630	2.090.372	2.183.908	1.963.549	2.246.364
Volet 6. Réforme des hôp. et instit. de rech.	8.069.273	12.322.575	16.449.146	17.934.679	10.011.207
Volet 7. Capacités institut. et décentralisation	24.001.397	33.382.577	35.290.905	43.786.262	31.825.353
TOTAL	58.759.269	78.382.447	95.224.502	91.962.084	78.303.077

Sources : Rapports de la DAF/MS aux Comités de Suivi de 2006 à 2010

De manière générale, la structure du budget de la santé a évolué vers une **plus grande déconcentration**, non seulement pour ce qui concerne les structures bénéficiaires (respect de l'allocation intra-sectorielle prévue dans le CDMT, à savoir 60% du budget du PRODESS exécuté au profit des régions) que les structures dépensières, avec l'augmentation des allocations inscrites directement au niveau déconcentré dans la Loi de Finances, ce qui est crucial dans un pays vaste comme le Mali où traditionnellement, une majorité de dépenses publiques était

²³ A ce sujet, voir Global Fund's OIG (2011).

concentrée dans la capitale. Cette tendance a sans doute été en partie imprimée par le dialogue mené lors des organes de suivi du PRODESS et les comités de l'ABS [Lawson et al. 2011].

Un autre résultat de l'alignement sur les systèmes nationaux est à trouver au niveau de la gestion des finances publiques. **Alors que les procédures spécifiques au PRODESS laissent davantage de libertés de gestion aux structures du MS, l'ABS a posé initialement quelques problèmes de gestion**, en particulier pour ce qui concerne la mobilisation des ressources au niveau régional. Ceci était notamment dû à la mise à disposition tardive des fonds, ce qui a nui à la bonne exécution des activités – d'autant que de nombreuses activités du secteur (missions de supervision, activités de vaccination, etc.) doivent être préfinancées plutôt que de pouvoir être payées après service comme usuellement avec les procédures de l'Etat. La lourdeur et la lenteur des procédures de passation des marchés ont également été mises en cause. **Néanmoins, le suivi de l'ABS a permis de mettre en exergue plusieurs problèmes de gestion financière** (ex : les problèmes de liquidité du Trésor, l'inadaptation des procédures de l'Etat à certaines spécificités sectorielles) et dès lors, il a permis de **nourrir le dialogue avec les PTF et d'impliquer davantage le MEF dans le dialogue sectoriel** – de même qu'à l'inverse, d'introduire la participation du MS aux rencontres internes au MEF – afin de chercher des solutions à ces problèmes. Suite à l'interpellation régulière du MEF par les autorités sanitaires au cours des deux premières années de mise en œuvre de l'ABS, une **plateforme de concertation entre les Ministères** (aux niveaux national et régional) a même été créée, et le MEF a renforcé son appui au niveau régional. *In fine*, plusieurs problèmes ont ainsi été résolus grâce à cette concertation initiée par l'ABS, notamment avec le renforcement des capacités de gestion au niveau déconcentré, la création de régies d'avances et d'une régie spéciale auprès des directions du MS, la nomination de comptables dans les régions, l'ouverture plus rapide des crédits et l'inscription dans la Loi de Finance de crédits ABS des districts sanitaires (depuis 2008) afin d'accélérer la déconcentration des ressources. En outre, l'ABS a encouragé le MEF et les PTF à accorder davantage d'attention à l'allocation intra-sectorielle des ressources, en vue d'une meilleure efficacité dans leur utilisation [Lawson et al. 2011].

4.2.3 Les changements au niveau des infrastructures

Le Volet 1 du PRODESS relatif à l'extension de la couverture sanitaire a reçu beaucoup d'attention depuis son lancement, ce qui a permis de considérablement améliorer la couverture en infrastructures, en particulier dans les régions initialement déshéritées [SNIS]. Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de CSCOM fonctionnels par région. Les augmentations les plus importantes depuis 2003 sont à trouver à Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao et Kidal, qui étaient initialement les régions les moins bien desservies. L'augmentation de la couverture sanitaire n'a sans doute pas été directement influencée par les principes de l'efficacité de l'aide, mais peut-être par le souci de la réduction des disparités régionales, qui est régulièrement évoqué dans le dialogue politique mené lors des organes du PRODESS.

Tableau 11 : Evolution du nombre de CSCOM par région, 2002-2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 02-09 (%)
Kayes	89	94	110	115	130	141	156	167	87,64%
Koulikoro	82	85	88	103	107	116	120	156	90,24%
Sikasso	136	141	142	152	152	153	156	188	38,24%
Ségou	106	123	127	134	134	145	163	165	55,66%
Mopti	83	94	102	109	109	112	118	134	61,45%
Tombouctou	25	31	35	41	51	51	53	67	168,00%

Gao	31	37	39	40	43	49	48	55	77,42%
Kidal	5	5	6	7	7	7	7	9	80,00%
Bamako	48	50	50	52	52	52	52	52	8,33%
Total	605	660	699	753	785	826	873	993	64,13%

Sources : *Annuaire SLIS 2002 à 2007 ; Annuaire SNIS 2008 et 2009*

4.2.4 Les changements au niveau des ressources humaines

La question des ressources humaines demeure l'une des préoccupations majeures du développement du secteur. Elle a fait l'objet d'un dialogue intense dans le cadre du suivi du PRODESS et a bénéficié de l'appui de plusieurs PTF. L'élaboration et la validation en Conseil des Ministres de la Politique Nationale et du Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (qui comprend un plan de formation, un plan de recrutement, un plan de motivation et un plan de carrière), de même que la création en 2010 d'une Direction des Ressources Humaines, sont à saluer et laissent augurer d'une bien meilleure gestion des ressources humaines. Le plan de motivation prévoit notamment l'octroi de primes conséquentes pour encourager le personnel techniques à travailler dans les zones difficiles. Toutefois, la plupart des stratégies prévues dans le plan stratégique national ne sont pas encore mises en œuvre et il demeure de très grandes inégalités dans la répartition du personnel sanitaire entre Bamako et les régions. Ainsi, en 2009, les ratios de personnel sanitaire par habitants variaient de 1 médecin pour 1.603 habitants à Bamako contre 1/22.045 dans la région de Koulikoro, de 1 sage-femme pour 1.886 habitants à Bamako contre 1/58.965 dans la région de Sikasso, et de 1 infirmier ou assistant médical pour 435 habitants à Bamako contre 1/6.008 dans la région de Mopti [Annuaire SNIS 2009].

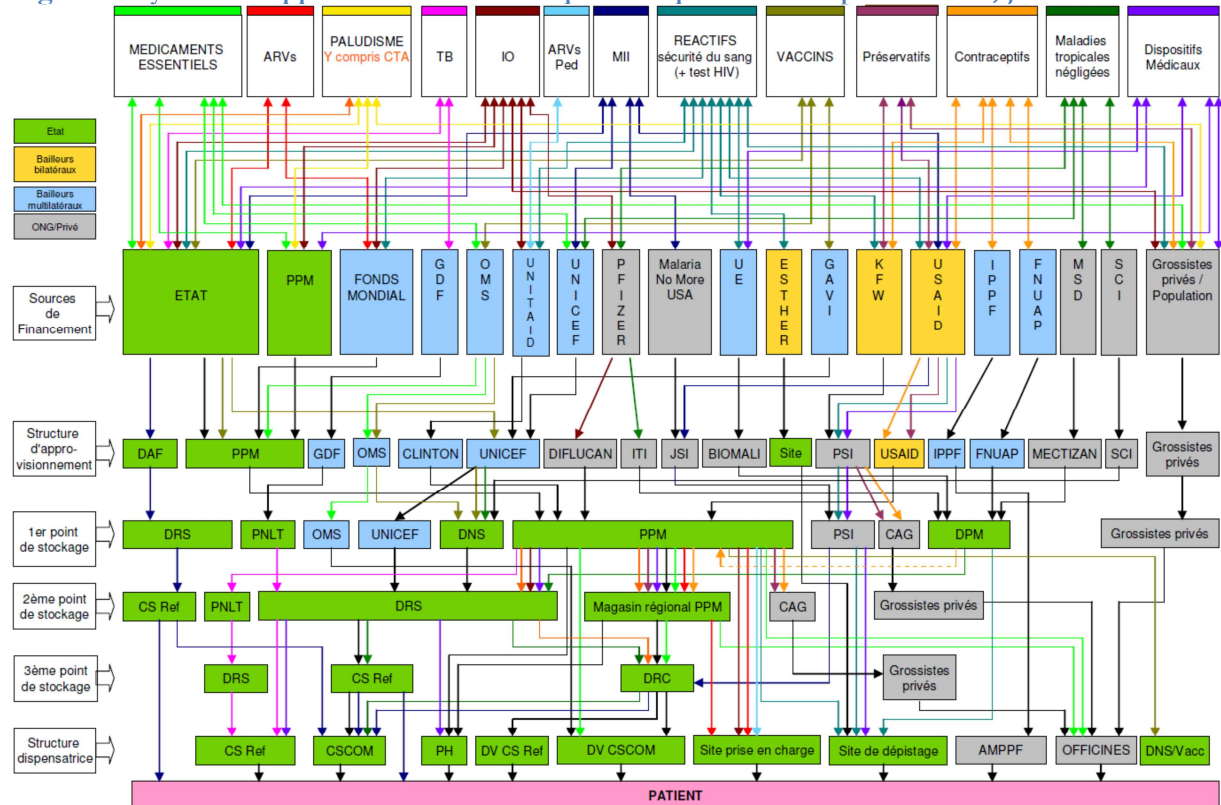
4.2.5 Les changements au niveau des médicaments, vaccins et consommables

Concernant l'approvisionnement en médicaments, vaccins et consommables médicaux, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) a pour mission principale l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire. Elle joue donc le rôle d'une centrale d'achat et de distribution jusqu'au niveau des régions. Des dépôts de vente sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et communautaires. Le PRODESS vise à réaliser « zéro rupture » de stocks dans 80% des établissements de santé publics opérationnels. A cette fin, un Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels a été élaboré, qui recommande de faire des livraisons mensuelles dans les régions avec un stock de sécurité de trois mois. Diverses stratégies mises en œuvre ont permis d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, notamment la baisse de leur prix de vente dans les structures publiques, la subvention de certains intrants (notamment les moustiquaires imprégnées d'insecticide), le soutien à la production des médicaments essentiels et l'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution. Une enquête menée par le MS et l'OMS a ainsi conclu que les médicaments essentiels étaient disponibles à 80% dans le secteur public. Une autre enquête menée avec le concours de l'USAID fin 2007 à Sikasso, Ségou et Bamako a indiqué que les médicaments essentiels étaient disponibles à 85% dans le secteur public [MS/CPS, 2008].

Toutefois, malgré l'existence du système public d'approvisionnement, diverses autres structures d'approvisionnement coexistent, dont certaines importent parfois des produits sans autorisation de mise sur le marché au Mali. Le mode de distribution varie d'ailleurs parfois selon les structures

d'approvisionnement. La centrale d'achat ne constitue pas la structure d'approvisionnement pour les vaccins du PEV [MS/DPM et OMS 2008]. La figure ci-dessous donne un aperçu de la complexité du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques au Mali, qui est loin de refléter un alignement très poussé.

Figure 1 : Système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques au Mali, janvier 2008



Source : MS/DPM avec l'appui de l'OMS, Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Mali, août 2008

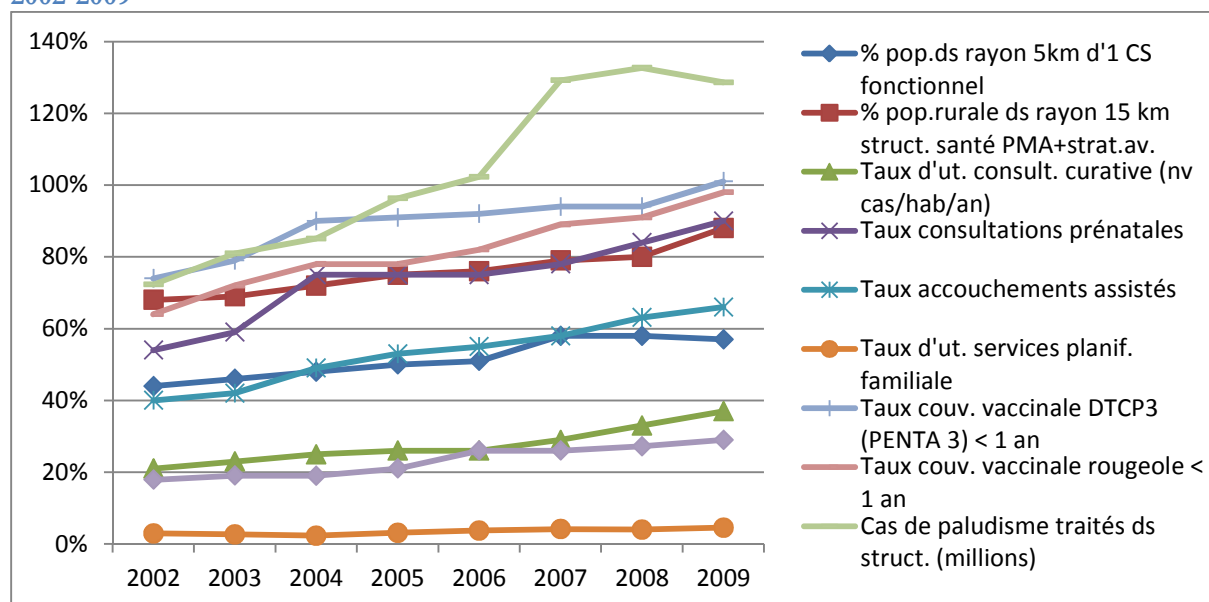
4.2.6 Les changements au niveau du système d'information

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) a fait l'objet d'une attention particulière au regard du pilier de l'orientation vers les résultats et du suivi de l'appui budgétaire. Il a bénéficié de plusieurs appuis, notamment dans le cadre de l'ABG de la Commission Européenne (qui a fourni un appui aux CPS depuis 2003 et a renforcé cet appui dès 2008) et du Réseau de Métrologie Sanitaire (*Health Metrics Network*) qui a fait un diagnostic du SNIS en 2008. Celui-ci a détecté certaines faiblesses au niveau de la collecte des données de base ainsi qu'une duplication de certaines données, mais des mesures sont prises pour répondre à ces problèmes. Le SLIS est désormais informatisé jusqu'au niveau district sanitaire avec un logiciel unique et harmonisé. Les personnes en charge de la collecte des données ont bénéficié de formations initiales et continues et de matériel supplémentaire. Elles sont soumises à davantage de pression pour accélérer la transmission et améliorer la complétude des statistiques. Une collaboration a aussi été initiée avec le secteur privé pour l'inclure dans la collecte des statistiques [Samaké et al. 2011]. Tous ces efforts permettent de **mieux utiliser le système d'information sanitaire pour suivre et démontrer les résultats, de même que pour nourrir le dialogue afin de réorienter la politique sectorielle.**

4.3 Résultat n°3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?

Tous ces progrès au niveau des piliers du système de santé ont permis d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé et leur utilisation. Même s'il est impossible d'attribuer des résultats démontrables à travers une relation de causalité entre les efforts de mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide et les impacts sanitaires, et si les évolutions constatées depuis la mise en œuvre du PRODESS ont hérité du processus de réformes engagé dès la fin des années 1980 (voir Maiga et al. 2003), force est de constater que **les résultats du secteur de la santé se sont largement améliorés depuis le début de la mise en œuvre du PRODESS**. En effet, comme le montrent les Tableaux 2 et 3 présentés dans le point 2.3.1, la plupart des indicateurs de résultats (*outcomes*) et d'impact ont progressé : **les services de santé sont de plus en plus utilisés, et de manière de plus en plus équitable sur l'étendue du territoire et entre les quintiles de pauvreté**. Le graphique ci-dessous exprime visuellement les progrès constatés en termes d'accessibilité et d'utilisation des services de santé.

Graphique 2 : Evolution des principaux indicateurs de résultats du secteur de la santé au Mali, 2002-2009



Sources : *Annuaire SLIS 2002 à 2007 ; Annuaire SNIS 2008 et 2009*

Ces chiffres agrégés cachent des **disparités régionales, qui tendent néanmoins pour la plupart à s'amenuiser**. Plusieurs graphiques sont présentés en annexe qui montrent l'évolution de quelques indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des services par région.

Les progrès enregistrés se marquent également au niveau des impacts (voir Tableau 3). L'évaluation du PDDSS conclut que le PRODESS a globalement contribué à obtenir un impact positif par rapport aux indicateurs OMD : les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ont beaucoup baissé entre 1996 et 2006, mais les progrès sont insuffisants pour atteindre l'OMD relatif à la mortalité maternelle. Qui plus est, **l'utilisation des services et les impacts sont également répartis de façon de plus en plus équitable en faveur des populations pauvres**. En effet, la comparaison des résultats au niveau des quintiles de pauvreté montre une amélioration des indicateurs pour les plus pauvres ainsi qu'entre les plus pauvres et les plus riches : par exemple, la baisse de la mortalité infantile est plus remarquable chez les plus pauvres, et les écarts ont été fortement réduits pour la vaccination et la consultation prénatale, mais

beaucoup moins pour l'accouchement assisté [MS 2011]. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l'évolution des résultats au regard des OMD pour le quintile le plus pauvre et le plus riche.²⁴

Tableau 12 : Disparités par quintile de pauvreté par rapport aux OMD

Indicateurs	20% les plus pauvres			20% les plus riches		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006
OMD 1						
Taux d'insuffisance pondérale < 5 ans			30,8%			17,0%
Taux couv. vaccin. 12-23m (DTC3)	17,4%	28,1%	65,1%	67,3%	70,7%	77,4%
Taux couv. vaccin. 12-23m (rougeole)		58,1%	67,5%		77,6%	78,1%
OMD 4						
Taux de mortalité infantile / 1.000	185,1	141,8	124,0	93,6	94,9	80,0
Taux mortalité infanto-juvénile / 1.000	322,4	244,6	233,0	163,9	164,8	124,0
OMD 5						
Taux de soins prénatals	25,5%	38,3%	60,7%	82,5%	89,0%	92,6%
Taux d'accouchements assistés	15,7%	20,8%	35,2%	79,5%	84,6%	86,3%
Taux de prévalence contraceptive (femmes en union)			2,8%			16,4%

Sources : EDS.M III (1996), IV (2001) et V (2006), citées dans MS (2011)

Au total, les résultats atteints ont permis d'atteindre la plupart des objectifs du PRODESS II, mais ne permettront sans doute pas d'atteindre les objectifs du PRODESS II prolongé, qui étaient très ambitieux, surtout au regard des financements disponibles [MS 2011]. Quant à la perception des acteurs interviewés, elle est que globalement, les choses vont dans la bonne direction, même s'il demeure des inquiétudes quant à la gouvernance et à l'efficacité des dépenses.

L'évaluation finale du PDDSS [MS 2011] et celle des appuis budgétaires [Lawson et al. 2011] pointent toutes deux qu'un facteur déterminant expliquant ces résultats est l'extension de la couverture sanitaire en termes de CSCOM offrant le paquet minimum d'activités, ce qui est largement tributaire de l'augmentation du personnel de santé qualifié (plus de 97% de CSCOM comptaient au moins un infirmier qualifié en 2009). Ceci veut dire que **les deux premiers volets du PRODESS, qui ont été appuyés par les partenaires, sont tout à fait pertinents pour l'atteinte des résultats sanitaires.**

Un autre facteur déterminant de l'amélioration des résultats est à trouver dans **le passage à échelle, par le MS avec l'appui des partenaires, des stratégies à haut impact** (vaccination, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) et de celles visant à **améliorer l'accès aux services de santé des populations pauvres** (gratuité de certains soins, organisation de la référence-évacuation au niveau des districts sanitaires, encouragement des initiatives de financement alternatif), **des femmes** (normes et procédures en santé de la reproduction, gratuité de la césarienne, prise en charge des urgences obstétricales, distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide) **et des enfants** (programme élargi de vaccination (PEV), prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, prévention de la transmission mère-enfant du VIH) [Lawson et al. 2011]. **Ces stratégies constituent les nouvelles priorités du PRODESS II prolongé et plusieurs d'entre elles ont été élaborées conjointement avec l'appui des PTF.** Ainsi par exemple, la stratégie nationale de survie de l'enfant est issue d'un projet de l'UNICEF dans quelques régions pilotes, et est

²⁴ A noter toutefois qu'il est plus aisé d'améliorer les résultats du quintile le plus défavorisé au départ.

désormais passée à échelle. Le PEV est également le fruit d'une collaboration entre le MS, l'OMS, l'UNICEF, GAVI et d'autres partenaires.

D'autres facteurs identifiés comme à l'origine des progrès observés aux niveaux des résultats et impacts sanitaires sont l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et produits sanitaires, le Programme National de Lutte contre le Paludisme qui a catalysé l'introduction des nouveaux médicaments, l'augmentation des ressources allant aux régions et l'attention portée à la réduction des inégalités régionales, l'harmonisation accrue entre PTF qui a permis d'augmenter l'efficacité de la gestion des ressources (notamment les campagnes intégrées), et le développement du secteur de soins privé [Lawson et al. 2011]. Hormis le dernier point (qui commence cependant à être intégré dans la stratégie nationale), il s'agit là des priorités du PRODESS II prolongé. **Ceci confirme amplement la pertinence de la stratégie nationale au regard des résultats, et plaide en faveur d'un alignement renforcé sur cette stratégie.**

Toutefois, tout n'est pas parfait, loin de là, et **il demeure un certain nombre de contraintes structurelles** (ex. l'accessibilité géographique dans les régions du nord du pays)²⁵, **d'accessibilité financière, de gestion opérationnelle** des CSCOM et des hôpitaux, ainsi que des **inefficacités dans la gestion des ressources** [MS 2011].

²⁵ En effet, en dépit des progrès très importants enregistrés, plus de 40% de la population du Mali vit encore à plus de cinq kilomètres d'un CSCOM ; or, la disparité la plus importante cachée derrière les moyennes des fréquentations est à trouver entre les populations vivant à moins et à plus de 5 km d'un CSCOM [MS 2011].

5. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?

Plusieurs acquis en termes de changements de comportements et de pratiques liées à la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide *propres à la dynamique interne du secteur de la santé* sont à l'origine des progrès constatés, parmi lesquels les plus importants sont synthétisés ici. Tout d'abord, la **dynamique d'approche sectorielle** lancée depuis 1999, qui consiste avant tout à s'aligner sur le programme national, à appuyer sa gestion axée sur les résultats et à appuyer le développement des capacités nationales, a permis de réaliser un grand nombre de progrès et de lever certains obstacles. En particulier :

- Elle a permis de considérablement **renforcer l'appropriation** par les parties prenantes (y compris la société civile) de la politique nationale, le **leadership du MS** dans le pilotage du secteur et **la coordination** entre le gouvernement et les PTF. On constate dès lors une réduction marquée des duplications et une augmentation des complémentarités entre les interventions des différents acteurs, ce qui est un gage d'augmentation de l'efficacité de l'aide.
- L'approche sectorielle a mis en exergue la nécessité de **renforcer les capacités du MS** (en particulier du Secrétariat permanent du PRODESS) en termes d'analyses, de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, ce qui a justifié plusieurs **appuis institutionnels de nature systémique** (appui au niveau du système d'information sanitaire, de la capitalisation de l'AS/AB, de la gestion des ressources humaines, etc.). A son tour, le renforcement des capacités a permis au MS de mieux assumer son rôle de leadership dans le secteur. A noter que la personnalité très proactive du Directeur de la CPS-Santé et son implication dans plusieurs forums globaux (IHP+ et synergies positives, TT HATS, etc.) ont sans conteste permis de consolider la collaboration avec la communauté internationale en vue d'un renforcement des initiatives en faveur de l'efficacité de l'aide. Toutefois, il faut relever que ce leadership se limite à un noyau dur de cadres appartenant à la CPS et à quelques directions centrales, mais n'est pas généralisé à l'ensemble des structures.
- La **qualité du dialogue sectoriel** mené dans le cadre de l'appui au PRODESS, qui est de plus en plus **appuyé par des preuves** notamment suite à l'utilisation d'indicateurs de suivi de l'ABS et maintenant de la matrice commune, s'est nettement améliorée au cours des dernières années. Ce dialogue a fait ressortir **plusieurs enjeux critiques du système qui ont fait l'objet beaucoup de discussions et in fine, de réformes** menées par le MS mais souvent avec l'appui des PTF, tels que : les ressources humaines pour la santé (en particulier en vue du déploiement des personnels de santé vers les régions) ; la déconcentration et la décentralisation des ressources financières ; l'augmentation de l'équité et la réduction des disparités régionales ; les enjeux liés à la pression démographique et le renforcement de la planification familiale (qui demeure toutefois le parent pauvre de la politique sanitaire) ; la promotion de la contractualisation entre l'Etat et les communes, les ONG/associations et le secteur privé (qui commence timidement) ; la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile [Lawson et al. 2011]. Toutefois, il faut remarquer que l'intensité du dialogue politique est partiellement tributaire de l'implication personnelle de certains représentants des PTF.
- La dynamique d'approche sectorielle a également permis de **consolider le capital de confiance entre les acteurs ainsi que la vision du secteur dans sa globalité**. C'est pourquoi dorénavant, de nombreux partenaires essaient de se mettre ensemble pour réaliser des activités communes en soutien au MS. Le processus de rotation du chef de file des PTF permet lui aussi de mettre l'accent sur certaines priorités. Ainsi par exemple, la question de la nutrition a fait l'objet d'un intérêt accru sous le mandat du PAM en 2007-2008, ce qui a favorisé son intégration dans la politique sanitaire, tandis que les questions de GFP et d'ABS

ont fait l'objet d'une attention particulière au cours du dernier mandat des Pays-Bas (2008-2010).

- Cette dynamique positive est à son tour **susceptible d'aider à résoudre ensemble les problèmes qui se poseraient en cours de mise en œuvre du programme**, comme c'est par exemple le cas de la gestion de l'ABS au niveau régional et des audits financiers de l'Alliance GAVI.

Dans la foulée de l'approche sectorielle, le **processus très intense de préparation du Compact/IHP+ et des documents qui le sous-tendent** a été un catalyseur pour **renforcer la dynamique de travail en commun** au sein du MS et avec les PTF et la société civile. Cette façon de travailler est désormais tout à fait institutionnalisée, comme le montre le processus en cours d'évaluation finale du PDDSS [Samaké et al. 2011]. L'utilisation des organes du PRODESS pour effectuer le suivi des engagements du Compact a également renforcé l'importance de ceux-ci, et leur composition a été élargie pour mieux inclure les autres ministères concernés et le secteur privé.

Le **processus de planification commun et de bas en haut** a permis d'améliorer la **coordination** entre les parties prenantes, y compris les PTF, les partenaires de proximité, la société civile et les collectivités territoriales. Ce processus lui-même a connu des améliorations au cours des dernières années, avec un **meilleur ciblage sur les priorités** et une plus grande attention à l'analyse des résultats.

Enfin, la **fourniture d'appuis de plus en plus cohérents au RSS** se met également progressivement sur pied en appui au plan national de RSS (plutôt que via des requêtes d'appui au RSS isolées) et augure de davantage de progrès à l'avenir, tout comme la collaboration avec le secteur privé qui vient d'être initiée par le MS.

Par ailleurs, plusieurs autres facteurs liés à la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide au niveau national, mais ayant « percolé » vers le secteur de la santé, ont également contribué aux progrès constatés. Ainsi, l'ABS n'a pas eu la valeur ajoutée espérée en termes d'alignement et de réduction des coûts de transaction, mais il a permis d'introduire la pratique de suivi d'une **matrice d'indicateurs de performance** assortis de cibles annuelles, **d'améliorer la qualité des informations** fournies et des analyses faites par le MS, d'accélérer l'agenda de la **déconcentration / décentralisation** (ce qui est nécessaire pour améliorer les résultats dans un pays aussi vaste et initialement centralisé que le Mali) et de **renforcer la collaboration entre le MS et le Ministère des Finances**, notamment pour résoudre des problèmes de gestion des finances publiques qui sont apparus dans la gestion de l'ABS [Lawson et al. 2011]. Ceci est peut-être à l'origine de l'accroissement de la part du budget de l'Etat dont jouit depuis quelques années le secteur de la santé (voir point 4.2.2) et certainement, d'un élargissement de l'appropriation nationale du PRODESS. Par ailleurs, la récente évaluation des AB au Mali remarque que **les conditionnalités semblent avoir un effet différent selon leur degré de congruence avec les priorités réelles du gouvernement** [Lawson et al. 2011] :

- Les conditionnalités liées aux priorités réelles du gouvernement (ex : la vaccination) permettent de leur donner un coup de pouce en augmentant les ressources destinées à ces priorités, auquel cas les conditionnalités peuvent avoir un certain effet de levier ;
- Par contre, les conditionnalités qui tentent de pousser une réforme que le gouvernement tarde à mettre en œuvre au goût des PTF (ex : la planification familiale) prennent plus de temps à être suivies d'effets, et ne le sont qu'à travers le dialogue, mais n'ont certainement pas d'effet « mécanique » ;
- A noter que les conditionnalités « opérationnelles » plutôt que de résultats (ex : pourcentage du budget déconcentré) semblent avoir également un effet de levier assez automatique.

Ensuite, **la préoccupation pour la réduction de la pauvreté** imprimée par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du CSLP 2002-2006 et du CSCR 2007-2011 ont renforcé l'accent mis à ce niveau par le programme sanitaire. Enfin, **le processus de réforme de l'Etat**, avec notamment les agendas de la décentralisation et la déconcentration, fait également l'objet d'un appui conséquent des PTF et a influencé le secteur de la santé.

6. Conclusions

En conclusion, **des progrès importants ont été faits dans la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Mali, la plupart issus de la dynamique interne au secteur, d'autres ayant « percolé » du niveau national. Plusieurs acquis sont constatés en termes de changements de comportements et de pratiques, tant du côté du gouvernement que de nombreux PTF, qui ont très probablement contribué à l'amélioration du système et des résultats du secteur de la santé.** Toutefois, **la diminution drastique des financements extérieurs exécutés depuis 2008 est très inquiétante** et risque d'avoir des incidences négatives sur la quantité et la qualité des services [MS 2011]. Ceci est d'autant plus inquiétant que suite au changement de gouvernement en 2011, l'exécution sur financements intérieurs a également pris du retard cette année. Par ailleurs, **on constate une mise en œuvre « à deux vitesses » des principes de la Déclaration de Paris et de l'IHP+ qui n'ont été jusqu'à présent que partiellement mis en œuvre, tandis que certains comportements contraires à ces principes se perpétuent dans le chef de nombreux acteurs.** On peut ainsi relever les problèmes suivants :

- **Les donateurs continuent de proliférer** : sur la cinquantaine PTF actifs dans le secteur de la santé et qui sont recensés dans le plan opérationnel du PRODESS, seuls quatorze ont signé le Compact/IHP+.
- Hormis le passage de l'Espagne à l'ABS en 2009 et l'augmentation des fonds canadiens, **on ne constate pas de tendance à une augmentation de la part de l'ABS dans le secteur.**
- De nombreux PTF (parmi lesquels le Canada, l'USAID, les Pays-Bas, l'Espagne, la BID et bientôt la Banque Mondiale) **maintiennent des projets spécifiques ciblés**, notamment sur la santé reproductive (SR) plutôt que sur le RSS en général. Même si les activités de SR financées par les PTF sont alignées sur les stratégies du PRODESS, l'on peut se demander si des interventions de RSS plus globales ne pourraient pas avoir davantage d'impact sur les objectifs de santé. En outre, une grande part des financements extérieurs sont ciblés géographiquement, sans tenir compte de l'équilibre régional.
- Même si certains PTF suivent les procédures de marchés publics nationaux, nombre d'entre eux continuent à exiger d'avoir leur mot à dire à chaque étape du processus (préparation des dossiers d'appel d'offre, dépouillement, adjudication des marchés). D'importants donateurs, en particulier le Fonds Mondial et l'USAID pour la majorité de ses financements, continuent d'utiliser des **unités de gestion de projet et des procédures spécifiques**. Ceci est censé leur permettre d'avoir un meilleur contrôle sur l'utilisation des ressources, mais cet objectif n'a pas du tout été atteint pour le Fonds Mondial, qui a fait l'objet de détournements importants en 2009-2010 – qui ont été détectés par le système de contrôle interne du GdM.
- De nombreux PTF ne respectent pas leur engagement de faire leurs **annonces de financement et de déboursement à temps**, même si toutes les conditionnalités sont remplies par la partie malienne. Seuls les financements extérieurs gérés par le MS sont en fait confirmés au moment de la session de planification et de budgétisation, tandis que l'information manque généralement pour les ONG et autres donateurs qui gèrent leurs fonds eux-mêmes.
- Alors qu'ils sont tous invités à participer aux missions et revues conjointes, quasiment tous les PTF actifs dans le secteur **continuent d'organiser des missions bilatérales** de leur siège de même que divers ateliers, imposant leur propre agenda au gouvernement.
- Alors qu'il existe des audits annuels du PRODESS organisés au niveau national (dans le cadre de la supervision externe par la Section des Comptes de la Cour Suprême et le Bureau du Vérificateur Général ainsi que par une firme privée dans le cadre de l'ABS), cinq **audits spécifiques** supplémentaires ont été conduits en 2010, mettant une pression considérable sur la Direction des Finances et du Matériel du MS. Ceci a d'ailleurs été identifié comme une cause majeure des difficultés de mise en œuvre des activités planifiées car la Direction des

Finances et du Matériel s'est retrouvée incapable de répondre à toutes les demandes des PTF, et a dû négliger son travail de gestion quotidienne des ressources domestiques [Lawson et al. 2011 et Samaké et al. 2011].

- Le MS bénéficie de l'appui de quelque 150 médecins cubains et chinois, plus d'une série d'autres **assistants techniques**, mais ces interventions sont fournies **sur base bilatérale** par les PTF qui imposent parfois leurs priorités, loin de la recommandation du Compact/IHP+ de créer un pool d'AT commun.

Cette absence de changement de certains comportements fait que **les attentes en termes de résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide doivent être réalistes**. En particulier, l'on constate que globalement, **peu de résultats ont pu être atteints jusqu'à présent en termes d'alignement sur les procédures nationales de gestion financière, de prévisibilité de l'aide** (en effet, même si certains PTF font leurs annonces à l'avance et sur base pluriannuelle, force est de constater que les déboursements totaux d'aide extérieure enregistrés sont encore loin des prévisions), **ni même au niveau de l'augmentation des ressources allant à la Santé**. Au contraire, les financements extérieurs exécutés ont connu une baisse drastique en 2009, tandis que le GdM a pour sa part respecté son engagement d'augmenter la part de la Santé dans le budget général de l'Etat. **La responsabilité mutuelle peine également à se mettre en œuvre effectivement**, comme en témoigne l'incapacité du GdM à faire respecter les engagements des PTF en matière d'augmentation des montants et de la prévisibilité de l'aide.

Les autorités du secteur de la santé au Mali sont actuellement confrontées à **plusieurs grands défis**, en particulier celui **d'accélérer la finalisation de l'évaluation finale du PDDSS et la préparation du nouveau plan** répondant aux préoccupations soulevées par l'évaluation. Ce processus bénéficie de l'appui des outils CHPP (pour arriver à un diagnostic consensuel des forces et faiblesses du système de santé) et JANS (qui devrait contribuer à améliorer la qualité du nouveau plan et renforcer la confiance des PTF dans ce plan), ce qui devrait contribuer à faire du nouveau plan un instrument fédérateur pour les appuis à venir. Un autre défi est **d'améliorer les procédures de gestion financière**, en particulier en vue de faciliter la mobilisation des ressources au niveau opérationnel et la transparence des marchés publics, afin de convaincre un nombre croissant de PTF de recourir à ces procédures. La récente évaluation des opérations d'AB ayant été globalement très favorable, elle a permis de rassurer les PTF qui s'étaient lancés dans cette modalité et permettra peut-être de contribuer à un recours accru à cet instrument d'aide – d'autant plus que la récente évaluation PEFA²⁶ a relevé de nombreux progrès en matière de gestion des finances publiques et que les priorités du PAGAM-GFP sont tout à fait pertinentes pour répondre aux problèmes qui demeurent [ECORYS 2010]. De même, la perspective de la prochaine étude de traçabilité des dépenses (*Public Expenditure Tracking Survey*) devrait également contribuer à renforcer la confiance dans les procédures nationales. Le troisième grand défi est de **convaincre les donateurs de respecter leurs promesses et d'en encourager d'autres, en particulier le Fonds Mondial, à rejoindre et/ou effectivement mettre en œuvre les engagements du Compact/IHP+ en augmentant leurs financements et en s'alignant davantage sur les stratégies et les systèmes nationaux**, y compris en appuyant le RSS dans sa globalité plutôt que des problèmes de santé spécifiques, en minimisant les revues et audits parallèles en plus des revues et audits conjoints, et en augmentant la prévisibilité – et le décaissement à temps – de leurs fonds [Samaké et al., 2011]. C'est seulement sous ces conditions

²⁶ La méthodologie *Public Expenditure and Financial Accountability* (PEFA) a été développée par un consortium d'agences d'aide. Elle permet de donner un diagnostic objectif de la performance des systèmes de gestion des finances publiques, de passation des marchés et de redevabilité financière afin de faciliter l'identification des réformes et des priorités de renforcement des capacités dans les pays partenaires. Voir <http://www.pefa.org>.

que tout le potentiel de l'agenda pour l'efficacité de l'aide pourra se révéler et produire les résultats à hauteur des espérances qu'il suscite.

7. Références

7.1 Documents officiels du gouvernement malien

- Institut National de la Statistique (INSTAT), Bureau Central du Recensement (BCR), *4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali – R.G.P.H. 2009*, résultats provisoires, juillet 2009.
- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Direction Générale du Budget (DGB), Données d'exécution budgétaire 2002-2009 et dotations budgétaire 2010-2011.
- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Secrétariat à l'Harmonisation de l'Aide (SHA), Evaluation nationale de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (phase 2), Groupement Bac+ / ADERC, janvier 2011.
- Ministère de la Santé (MS), *Cadre de dépenses à moyen terme 2009-2011 dans la perspective des objectifs 2015*, Version Finale (corrigé le 17 avril 2009).
- Ministère de la Santé (MS), *COMPACT « Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD »*, Version finale (17 avril 2009).
- Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), *PRODESS II prolongé 2009-2011, Composante Santé*, mars 2009.
- Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), *Annuaire statistiques SLIS (2002 à 2007) et SNIS (2008 et 2009)*.
- Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), *Rapport sur la consolidation du PRODESS II 2005-2009*, Bamako, juin 2008.
- Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement social, promotion de la famille, *Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social*, Draft n°1, 9 mai 2011.
- Ministère de la Santé (MS), Direction Administrative et Financière (DAF), Présentations lors des comités techniques et de suivi du PRODESS (2005 à 2010).
- Ministère de la Santé (MS), Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), avec l'appui de l'OMS, *Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Mali*, août 2008.
- Ministère de la Santé (MS) et Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), 2006, *Les Comptes Nationaux de la Santé au Mali 1999-2004*.
- République du Mali, CPS secteur santé, développement social et promotion de la famille, Institut national de la statistique (INS), Mali – Enquête par grappe à indicateurs multiples 2010.
- République du Mali, *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*, MS/CPS, DNIS et Macro International, décembre 2007.

7.2 Etudes et évaluations diverses

- BCG/IFC, Etude sur le secteur privé de la santé au Mali, 2010.
- Devahive, Eva, « L'influence des politiques internationales et nationales de coopération et de santé sur le fonctionnement d'un district et de structures sanitaires au Mali », mémoire de Master en Population, Développement et Sociétés, Université de Liège, août 2011.
- ECORYS, Evaluation de la gestion des finances publiques au Mali selon la méthodologie PEFA – Rapport sur la performance de la gestion des finances publiques, Version finale du 9 décembre 2010, réalisé par D. Nicolau, M. Zounon et S. Bagayoko.
- Lawson, Andrew, Josette Habas, Modibo Keita, Elisabeth Paul, Bruno Versailles, et Alexandra Murray-Zmijewski, Evaluation conjointe des opérations d'aide budgétaire au Mali de 2003 à 2009. Eco-Consult et consorts pour le compte de la Commission de l'Union

européenne, de la Belgique et du Canada comme exercice pilote du Comité d'aide au développement de l'OCDE, septembre 2011. Fonds monétaire international, *Mali : Cinquième revue de l'accord triennal au titre de la facilité élargie de crédit et demande de prolongation de l'accord et de rééchelonnement de décaissement*, 3 janvier 2011.

- GAVI Alliance, « Rapport d'évaluation de la gestion financière au Mali », par Bernardin Assiene, 1^{er} octobre 2010.
- Global Fund's Office of the Inspector General (OIG), "Final Report of Investigation of Mali Malaria (1 & 6) and Tuberculosis (4 & 7) Grants", 1 June 2011.
- IHP+Results, Country Case Study : Mali, Country Report, by Sandra Mounier-Jack and Mamadou Souncalo Traoré, November 2009.
- IHP+Results, Mali Country Scorecard 2010.
- Maiga, Zakaria, Fatoumata Traore Nafou and Abdelwahed El Abassi, 2003, "Health Sector Reform in Mali, 1989-1996", *Studies in Health Services Organisation & Policy* 20.
- Paul, Elisabeth, Samia Laokri, Annie Robert, Véronique Zinnen, and Bruno Dujardin, 2009, "SWAPs in motion: Lessons from case studies in six African countries", *Tropical Medicine & International Health* 14 Supplement 2, September, p. 18.
- Samaké, Salif (Ed.), *L'approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali*, CTB et Ministère de la santé du Mali, 2009.
- Samaké, Salif, Issa Berthé, Sidi Yeya Cissé & Elisabeth Paul, *The results achieved through implementing the Paris Declaration in the health sector in Mali*, OECD, TT HATS 2 February 2011.
- World Health Organization (WHO) 2007, *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, WHO, Geneva, Switzerland.

7.3 Sites internet

- CAD/OCDE, Database on Aid Activities (CRS online): <http://www.oecd.org/dataoecd/20/29/31753872.htm>
- L'harmonisation de l'aide au Mali : <http://www.mali-apd.org>
- Ministère de la Santé : <http://www.sante.gov.ml>
- Ministère de l'Economie et des Finances : <http://www.finances.gouv.ml>
- OMS, *Global Health Observatory* (GHO), financement de la santé : http://www.who.int/gho/health_financing/en/index.html
- PNUD, MDG Monitor : <http://www.mdgmonitor.org>
- PNUD, Rapport sur le développement humain : <http://hdr.undp.org/fr/statistiques>
- Portail « CHPP » Mali : <https://www.healthintelligenceportal.org/index.php/Portal:Mali>

7.4 Personnes interviewées

7.4.1 Octobre 2010 (évaluation des appuis budgétaires)

- Abebech Assefa, Conseillère Santé et Education, Ambassade du Canada
- Chaka Bagayoko, Chef du service Finances, DAF/MS
- Amadou Bengaly, conseiller, Ambassade du Canada
- Youssouf Berthé, Direction des Ressources Humaines, secteur Santé
- Pierre Beziz, Statisticien, Délégation de l'Union Européenne
- Sidi Yeya Cissé, CPS Santé
- Olga de Azaola, Ambassade d'Espagne
- Sadio Diarra, spécialiste Santé, Ambassade des Pays-Bas
- Florence Duvieusart, conseillère, Ambassade de Belgique
- Michel Francoys, Chargé de programme, CTB

- Claude Goulet, Directeur adjoint de la Coopération, Ambassade du Canada
- Oumar Maiga, Chef de Division, DAF/MS
- Luc Risch, conseiller, Ambassade de Belgique
- Salif Samaké, Directeur CPS Santé
- Tiécoura Sidibé, UNICEF
- Jeanine Simbizi, Représentante résidente, CTB
- Christine Sow, UNICEF
- Mahamane Touré, DAF/MS
- Namory Traoré, conseiller, Ambassade des Pays-Bas
- Jacob Waslander, Chef de coopération, Ambassade des Pays-Bas
- Organisation d'un focus group avec les PTF actifs dans le secteur de la santé

7.4.2 Janvier 2011 (préparation d'une note pour le rapport du TT HATS)

- Chaka Bagayoko, Chef du service Finances, DAF/MS
- Issa Berthé, CPS Santé
- Salif Samaké, Directeur CPS Santé
- Souleymane Traoré, Directeur Adjoint, DAF/MS

7.4.3 Interviews téléphoniques, mai 2011

- Salif Samaké, Directeur CPS Santé (24 mai)
- Amadou Bengaly, conseiller, Ambassade du Canada (24 mai)

7.4.4 Octobre 2011 (finalisation et restitution des résultats de l'étude de cas)

- Salif Samaké, Directeur CPS Santé (24 mai)
- Issa Berthé, CPS Santé
- Présentation des principaux résultats de l'étude de cas à la réunion des PTF du 20 octobre

Annexe 1 : Cadre commun de mesures des indicateurs du PRODESS II prolongé

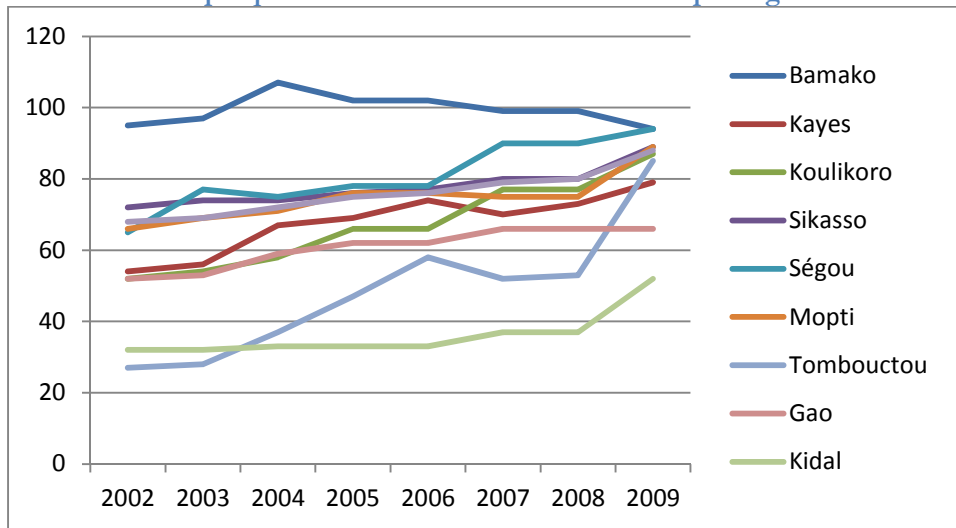
Indicateurs		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Réalisé			Prévu			
1	Proportion de la population vivant à moins de 5km d'un CSCOM fonctionnel	50	51	58		60	62	64
2	Taux de couverture vaccinale DTCP3 (PENTA 3) des enfants de moins d'un an	91	92	94		≥ 90	≥ 90	≥ 90
2.1	Ecart max. régional de la couverture 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 max. 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	1023	1292				
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)	44/6 2	47/5 5	45/60				
15	Ratios personnels soignants /habitants							
	Médecins/habitants		1/10 370	1/103 89				
	Sages- femmes/hbt		1/23 928	1/236 15				
	Infirmiers/Assist-Médicaux / hbt		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		94,1 4	96		98	100	100
17	Disponibilité des médicaments du panier			95%		95%	≥95 %	≥9 5%
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-nés séropositifs nés 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			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		<=20 00F	<=20 00F	<=20 00F
	CSCom		946 F	1107 F		<=15 00	<=15 00	<=15 500
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 enfants < 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

Source: MS/Compact (2009)

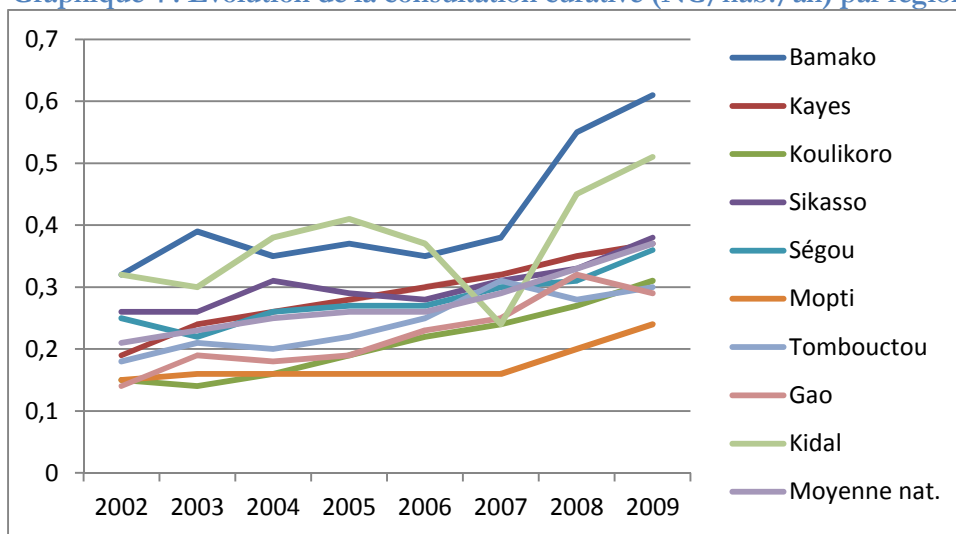
Annexe 2 : Evolution de quelques indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des services sanitaires, par région

Graphique 3 : Evolution de l'accès à 15 km par région



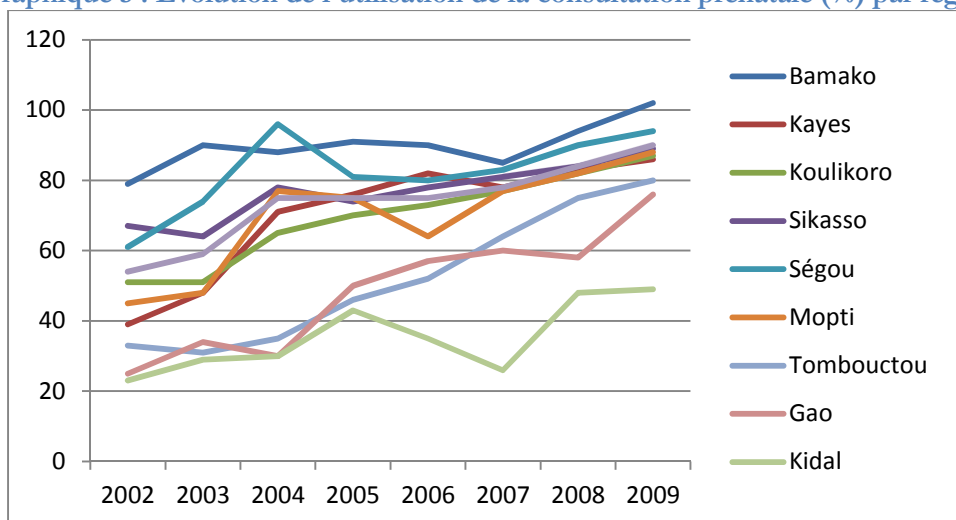
Sources : Annuaires SLIS 2002 à 2007 ; Annuaires SNIS 2008 et 2009

Graphique 4 : Evolution de la consultation curative (NC/hab./an) par région



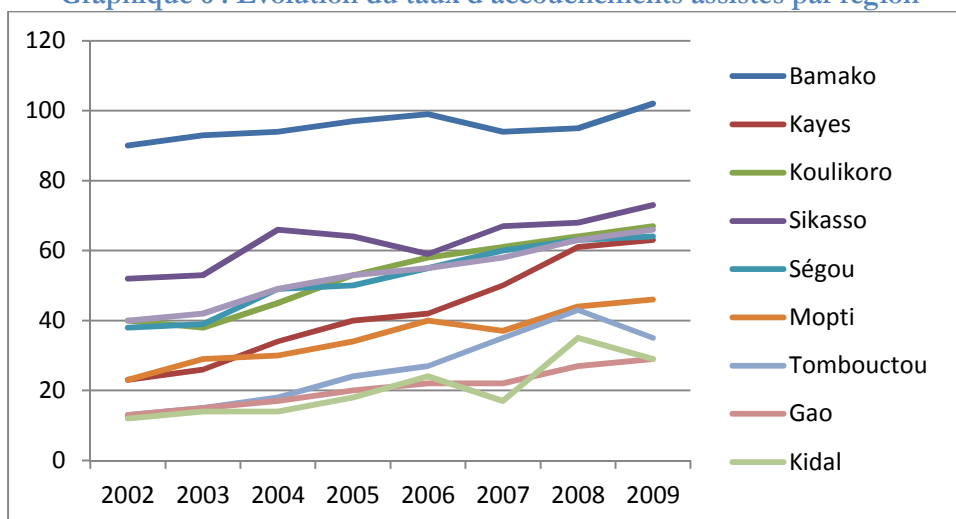
Sources : Annuaires SLIS 2002 à 2007 ; Annuaires SNIS 2008 et 2009

Graphique 5 : Evolution de l'utilisation de la consultation prénatale (%) par région



Sources : *Annuaire SLIS 2002 à 2007 ; Annuaire SNIS 2008 et 2009*

Graphique 6 : Evolution du taux d'accouchements assistés par région



Sources : *Annuaire SLIS 2002 à 2007 ; Annuaire SNIS 2008 et 2009*