

***L'APPROCHE
SECTORIELLE
DANS LE DOMAINE
DE LA SANTÉ
AU MALI***



BTC MALI

**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ**

***L'APPROCHE
SECTORIELLE
DANS LE DOMAINE
DE LA SANTÉ
AU MALI***

ÉDITEUR RESPONSABLE

Salif Samaké, Directeur de la Cellule de
Planification et de Statistique, Ministère de la
Santé, Mali

CONCEPTION

Rpblc.be

IMPRESSION

Dossche printing

Cette publication est imprimée sur papier
FSC, recyclé à 60% avec encre végétale.

Le contenu de cette publication n'engage
que la responsabilité de ses auteurs.

Cette publication est également
disponible sur www.btcttb.org

Décembre 2009

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AB	Aide budgétaire
ABG	Aide budgétaire globale
ABS	Aide budgétaire sectorielle
ACDI	Agence canadienne pour le développement international
AfD	Agence française de Développement
ANICT	Agence nationale d'investissement des collectivités territoriales
ARV	Antirétroviraux
AS	Approche sectorielle
ASACO	Association de Santé communautaire
AT	Assistant / Assistance technique
BAD	Banque africaine de Développement
BGE	Budget général de l'État
BM	Banque mondiale
BSI	Budget spécial d'investissements
CAD/OCDE	Comité d'aide au développement / Organisation de coopération et de développement économiques
CASRP	Crédit d'appui à la stratégie de réduction de la pauvreté
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme
CDI	Commissariat au Développement institutionnel
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CDRH	Cellule de développement des ressources humaines
CE	Commission européenne
CNS	Comptes nationaux de la Santé
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de planification et de statistiques
CROCEP	Comité régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de Santé communautaire
CSCR	Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSLP	Cadre stratégique de réduction de la pauvreté
CSREF	Centre de Santé de référence
CTB	Coopération Technique Belge
DAF	Direction administrative et financière
DGMP	Direction générale des Marchés publics
DNB	Direction nationale du Budget
DNFPP	Direction nationale de la Fonction publique et du Personnel
DNS	Direction nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRB	Direction régionale du Budget
DRDS	Direction régionale du Développement social
DRH	Direction des Ressources humaines
DRS	Direction régionale de la Santé
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTCP3	Diptérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite, 3 ^e vaccination
EDS.M	Enquête démographique et de Santé – Mali
EPA	Établissement public autonome
EPH	Établissement public hospitalier
FCFA	Francs de la Communauté financière d'Afrique

FED	Fonds européen de Développement
FEMATH	Fédération malienne des Tradithérapeutes
FENASCOM	Fédération nationale des ASACO
FMI	Fonds monétaire international
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
FNACT	Fonds national d'appui aux collectivités territoriales
GRAP-SWAP	Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (coopération belge)
GRH	Gestion des ressources humaines
GTZ	Agence de coopération allemande
HACT	<i>Harmonized Approach for Cash Transfers</i>
HCNLS	Haut Conseil national de lutte contre le sida
IAG	<i>Inter-Agency Group on SWAps and Development Cooperation</i>
IB	Initiative de Bamako
IDA	<i>International Development Association</i> (Banque Mondiale)
IEC	Information, éducation et communication
IHP(+)	<i>International Health Partnership</i> (et initiatives liées)
IFI	Institution(s) financière(s) internationale(s)
INFSS	Institut national de formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut national de recherches en Santé publique
LdF	Loi de Finances
LENPA	<i>Learning Network on Programme-Based Approaches</i>
MAP	<i>Multisectorial Aids Project</i>
MCS	Mission conjointe de suivi
MDSSPA	Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées
ME	Médicaments essentiels
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MFPRERI	Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les institutions
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MS	Ministère de la Santé
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation ouest-africaine de la Santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PAS	Programme d'ajustement structurel
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social
PDI	Programme de développement institutionnel
PEPFAR	<i>(US) President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
PEV	Programme élargi de vaccination
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDRHS	Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé

PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PO	Plan opérationnel
PPM	Pharmacie populaire du Mali
PPP	Partenariat public-privé
PPTE	Pays pauvres très endettés
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PRSC	<i>Poverty Reduction Support Credit</i>
PSI	<i>Population Service International</i>
PSNAN	Plan stratégique national pour l'Alimentation et la Nutrition
PSN/RSS	Plan stratégique national de renforcement du système de Santé
PSPHR	Projet Santé, Population et Hydraulique rurale
PSSP	Politique sectorielle de Santé et de Population
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
RA	Rapport d'activités
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la Santé
RSS	Renforcement du système de Santé
SéGal	Secrétaire général
SE	Secrétariat exécutif
SFI	Société financière internationale
SIPs	<i>Sector Investment Programs</i>
SLIS	Système local d'informations sanitaires
SNISS	Système national d'information sanitaire et sociale
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SSP	Soins de santé primaires
SWAp	<i>Sector-Wide Approach</i>
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UMPP	Usine malienne de produits pharmaceutiques
UNDAF	<i>United Nations Development Assistance Framework</i>
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
USAID	Agence de coopération américaine

INTRODUCTION	15
<i>CHAPITRE 1</i> L'ÉVOLUTION ET LA DYNAMIQUE DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI	27
<i>CHAPITRE 2</i> LE FINANCEMENT DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI	49
<i>CHAPITRE 3</i> LES RÉSULTATS DU PRODESS	73
<i>CHAPITRE 4</i> L'APPUI BUDGÉTAIRE AU SECTEUR DE LA SANTÉ	91
<i>CHAPITRE 5</i> APPROCHE SECTORIELLE ET FINANCEMENTS SPÉCIFIQUES POUR LA SANTÉ	107
<i>CHAPITRE 6</i> LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ	123
<i>CHAPITRE 7</i> L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI ET LE SECTEUR PRIVÉ – LES OPPORTUNITÉS QU'IL RESTE À EXPLOITER	141
CONCLUSION	157
ANNEXES	165

AVANT-PROPOS

Depuis 1996, le secteur de la santé au Mali s'est engagé dans un processus de réforme, qui concerne notamment le développement d'une approche sectorielle. Après plus de dix ans, il est pertinent de récolter l'expérience et les résultats de ce processus de réforme. Cet ouvrage regroupe les réflexions de quelques personnes fortement impliquées dans le développement de l'approche sectorielle. Il s'agit d'un témoignage et d'une analyse critique de la dynamique et de quelques enjeux capitaux du secteur. Il tient compte de la réalité complexe du terrain au-delà des modèles et des déclarations. Cet ouvrage permet non seulement de dégager des leçons pour le développement futur du système de santé au Mali, mais il est aussi intéressant pour d'autres pays engagés dans un processus similaire.

Si le contenu de l'ouvrage présente un intérêt évident, la démarche mérite elle aussi d'être soulignée. La capitalisation des expériences ne figure pas toujours au rang des préoccupations des acteurs de terrain, alors qu'elle est essentielle pour le développement continu d'un système. Trop souvent, l'on oublie de créer durant le processus un espace de réflexion permettant de capitaliser et d'analyser les expériences. L'État malien a ici saisi l'opportunité de créer un tel espace à travers le mécanisme du Fonds d'Expertise de la coopération belge. Celui-ci a permis à la Cellule de planification et de statistiques du secteur Santé d'engager un assistant technique pendant deux ans (d'abord à temps plein et puis au cours de missions d'appui régulières) pour faciliter la capitalisation des expériences et l'élaboration de cet ouvrage.

L'analyse développée dans cet ouvrage rejoint aussi un des objectifs de la coopération belge, celui de devenir une organisation apprenante. Le développement d'une mémoire institutionnelle était une des recommandations de l'évaluation globale du secteur de la santé au sein de la coopération belge (2005). Cette recommandation a été également intégrée dans la nouvelle note politique santé datant de 2009. À travers la documentation systématique des expériences de terrain, elle veut contribuer à rendre opérationnels les principes de la Déclaration de Paris et à développer des politiques de santé adaptées aux besoins des utilisateurs et des professionnels de santé.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le présent ouvrage vise à documenter et analyser l'approche sectorielle dans le domaine de la Santé au Mali, en cours depuis dix ans. Elle est désormais bien rôdée et constitue un exemple très intéressant pour d'autres secteurs et/ou d'autres pays qui envisagent de se lancer dans une telle approche de la coopération. Notons dès l'abord que l'approche sectorielle n'a rien d'un modèle figé mais est au contraire un processus dynamique, en constante évolution

L'approche sectorielle Santé a débuté au Mali en 1999, avec le soutien conjoint des différentes parties prenantes au même Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS). Depuis lors, tous les partenaires s'inscrivent dans les orientations du PRODESS et en cofinancent les activités au moyen de différents instruments, ce qui permet de garantir la coordination des actions et la cohérence de la politique de santé. Le premier chapitre retrace brièvement les grandes étapes de la mise sur pied de l'approche sectorielle et analyse sa dynamique. Le passage de l'approche projet à l'approche sectorielle a essentiellement marqué une différence en instituant un appui conjoint au cadre de planification unique, élaboré de manière participative ; une gestion conjointe des interventions planifiées et la coordination de tous les acteurs à travers les organes de pilotage du PRODESS ; la mise à disposition d'une procédure financière préférentielle, au lieu d'une multitude de procédures ; et un système conjoint de suivi et d'évaluation. Le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien, au cours d'un processus bien institutionnalisé faisant intervenir l'ensemble des parties prenantes : Ministères concernés, partenaires techniques et financiers (PTF) et société civile. En outre, différents organes de coordination plus ou moins formels, dont des groupes de travail thématiques, permettent aux uns et aux autres de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du programme sectoriel dans un esprit de partenariat.

Malgré quelques « maladies de jeunesse » en début de processus – ce qui illustre que la *transition* vers l'approche sectorielle est cruciale et doit être gérée avec précaution – l'approche sectorielle Santé au Mali a rapidement produit des résultats à de nombreux égards. Le respect depuis plusieurs années des politiques et du programme de santé élaborés par le gouvernement est certainement un acquis important, mais il y en a d'autres – notamment en termes d'appropriation et de coordination, de renforcement des capacités de planification et de gestion financière du gouvernement, et de construction d'un capital de confiance facilitant le développement de réformes en profondeur du système de santé. Par contre, certains partenaires ne font encore que des avancées timides en matière d'harmonisation des procédures, et plusieurs enjeux du secteur conditionnant le succès de l'approche sectorielle doivent encore faire l'objet d'améliorations. Les principaux défis qui se présentent actuellement à l'approche sectorielle et au secteur de la Santé dans son ensemble sont abordés dans les chapitres suivants. Il s'agit principalement du financement du secteur (notamment à travers la bonne gestion de l'appui budgétaire sectoriel et l'utilisation des

financements spécifiques pour le renforcement des systèmes nationaux), de la gestion et de la motivation des ressources humaines, de l'amélioration de la qualité des soins, de la décentralisation et des rapports avec le secteur privé. Le véritable succès de l'approche sectorielle sera évalué à l'aune de sa capacité à relever ces défis de manière réfléchie. Ce premier chapitre dégage une série de leçons d'expérience qui peuvent être utiles à capitaliser pour ce faire. Quant à l'avenir, ce processus et ses acquis devraient être renforcés grâce à la mise en œuvre du « Compact » entre le gouvernement et plusieurs PTF importants dans le cadre du Partenariat International pour la Santé (IHP). Celui-ci devrait s'accompagner d'une harmonisation et d'une prévisibilité accrues de l'aide internationale en vue de l'atteinte des OMD.

Le Chapitre 2 se penche sur le financement de l'approche sectorielle. Il commence par présenter brièvement les grandes tendances des dépenses de santé au Mali, qui sont principalement financées par les ménages et permettent d'atteindre une dépense de santé totale de 13.600 FCFA (à peu près 28 USD) par habitant et par an ; cependant, la dépense de santé par habitant est cinq fois plus élevée à Bamako qu'en milieu rural, et une part très importante est dépensée dans les médicaments. Ensuite, le chapitre se penche plus en détail sur les financements issus de l'Etat et des PTF, qui sont les principaux acteurs de l'approche sectorielle. Si la proportion du budget du secteur de la Santé a fortement augmenté au cours de ces dernières années au Mali, le financement du secteur de la Santé est extrêmement complexe de par l'éclatement du financement public entre de nombreuses rubriques budgétaires, le nombre important de partenaires actifs dans le secteur (une cinquantaine) et la diversité des modalités d'intervention qu'ils utilisent. On peut ainsi distinguer les projets et programmes utilisant leurs propres procédures, le financement via un compte de la Direction Administrative et Financière (DAF) mais différent du « pot commun » PRODESS, l'appui financier au pot commun (éventuellement ciblé sur des activités et/ou des régions), l'approche harmonisée des procédures de remises d'espèces aux partenaires d'exécution (HACT) des agences des Nations Unies, l'appui budgétaire sectoriel (ABS) et l'appui budgétaire global (ABG) assorti de conditionnalités relatives à la performance du secteur de la santé. Un effort d'alignement sur les procédures nationales est perceptible de la part de plusieurs PTF, mais de nombreux autres continuent d'utiliser leurs propres procédures. Fort heureusement, la mise en œuvre du Compact/IHP devrait permettre de renforcer progressivement l'harmonisation et l'alignement des partenaires sur les systèmes nationaux.

Le Chapitre 3 présente les principaux résultats enregistrés par le PRODESS II au regard de ses sept volets. Le Volet 1 traite de l'accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires. De réels progrès ont été réalisés à ce niveau avec une forte augmentation de la couverture sanitaire, mais des problèmes persistent, notamment au niveau de la qualité de l'infrastructure sanitaire, du recrutement et de la gestion du personnel, de l'appréciation de la performance et de la coordination de la mise en place

des intrants pour la fonctionnalité des centres de santé communautaires (CSCOM). Le Volet 2 vise l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées. Pour faire face à la pénurie de certaines catégories de personnel technique qualifié dans les régions, on a encouragé le recrutement de personnel contractuel par les collectivités décentralisées et par les communes sur les subventions issues des ressources PPTE, de même que l'augmentation des capacités de production en ressources humaines. Au total, le Mali ne connaît pas une situation de déficit de personnel en chiffres absolus, mais connaît plutôt des problèmes de répartition judicieuse de certaines catégories de personnel sur l'ensemble du territoire, en particulier des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes. L'absence d'une politique sectorielle de développement des ressources humaines et d'appui au secteur privé ont longtemps été des contraintes majeures pour le développement du personnel de santé, mais ceci devrait s'arranger dans les années à venir. Le Volet 3 a pour objet la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux. A ce sujet, on constate une bonne disponibilité des médicaments essentiels dans les structures publiques, mais on déplore que l'utilisation des services de santé reste en-dessous des prévisions. Le Volet 4 vise l'amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre les maladies. En particulier, la santé maternelle et infantile est un domaine dans lequel d'importants efforts sont déployés. Cependant, l'utilisation des services varie fortement d'une région à l'autre. La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS.M-2006) montre de très grands progrès en termes de réduction de la mortalité des enfants. En matière de lutte contre les maladies, des résultats variables ont été enregistrés ; le paludisme demeure la principale cause de morbidité dans le pays, et la politique nationale met l'accent sur la prévention et la prise en charge gratuite des cas pour certaines catégories de population. Au total, l'augmentation de la demande qui aurait dû découler de l'utilisation accrue des services de santé n'a pas été observée malgré tous les efforts consentis. Le Volet 5 traite de l'accessibilité financière et du soutien à la demande et à la participation. L'organisation de la référence soutenue par une caisse de solidarité est en place dans la plupart des districts sanitaires, une série de services sont subventionnés par l'Etat, mais par contre, le financement alternatif des soins de santé n'est encore guère développé au Mali, avec moins de 2% de la population couverte par une mutuelle de santé. Le Volet 6 concerne la réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche. La réforme en matière politique hospitalière est bien amorcée suite à l'adoption et à la mise en œuvre d'une loi hospitalière, mais les hôpitaux connaissent encore de gros problèmes de gestion. Enfin, le Volet 7 traite du renforcement des capacités institutionnelles et de la décentralisation. De nombreuses réalisations ont été effectuées dans le cadre du renforcement institutionnel des structures centrales. Quant au transfert de compétences aux collectivités, beaucoup d'acquis ont été enregistrés, mais d'importantes difficultés et contraintes liées à l'exercice des compétences transférées demeurent sur les plans institutionnel, matériel, financier et humain. En conclusion, la mise en œuvre du PRODESS II a permis de

réaliser d'importants acquis, ceci sous le leadership du Ministère de la Santé et avec l'appui des partenaires techniques et financiers ; ce processus et ces acquis devraient être renforcés avec la mise en œuvre des stratégies nationales (notamment le Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé) et du Compact/IHP.

Le Chapitre 4 traite de l'appui budgétaire général (ABG) et sectoriel (ABS). L'utilisation accrue de cette modalité d'aide s'explique par différentes raisons, et vise notamment à améliorer l'efficacité de l'aide et à renforcer les systèmes de gestion nationaux. Toutefois, ce passage soulève, comme toute réforme, certains enjeux qui sont analysés dans ce chapitre. Ces enjeux sont liés à la planification du secteur de la Santé, à la mobilisation des fonds de l'ABG pour le secteur de la Santé, à la gestion financière de l'ABS et au suivi des conditionnalités. Ainsi, avec le passage à l'appui budgétaire, le renforcement des capacités de programmation, d'exécution et d'évaluation des ministères sectoriels devrait devenir la priorité commune de l'administration malienne et des PTF. Dès lors, il apparaît peu efficace de faire de l'appui budgétaire sans efforts corollaires en matière de renforcement des capacités institutionnelles des ministères sectoriels. En outre, un dialogue franc entre toutes les parties concernées (ministères sectoriels, Finances et PTF) est nécessaire pour permettre de lever les contraintes, de mener à bien la réforme et de « faire marcher » l'appui budgétaire.

Le Chapitre 5 se penche sur un phénomène en pleine expansion depuis une dizaine d'années, à savoir les initiatives « globales » pour la santé et leur intégration dans l'approche sectorielle. On recense au Mali pas moins d'une quinzaine de telles initiatives globales pour la santé. Si l'arrivée de ces nouveaux acteurs paraît a priori une bonne nouvelle, cette appréciation peut cacher d'importants problèmes et distorsions causés par leur spécificité et leurs mécanismes de financement, qui risquent de réduire les effets positifs souhaités. En effet, malgré les avantages d'une augmentation des financements internationaux pour la santé, la littérature internationale recense plusieurs risques et enjeux liés aux financements spécifiques, dont un manque d'efficacité au niveau global et de soutenabilité, des problèmes en matière d'allocation des ressources, d'équilibres macroéconomiques, de capacités d'absorption et de « crowding-out », des effets pervers sur les systèmes de santé, un manque de soutien technique aux pays récipiendaires, ou encore la tendance à développer des programmes « taille unique » sans tenir compte des spécificités de chaque pays. On constate au Mali plusieurs de ces effets pervers, notamment concernant l'allocation des ressources, l'efficacité des systèmes de gestion et la multiplication de supervisions spécifiques des programmes. Toutefois, plusieurs solutions pour faire en sorte que les financements spécifiques contribuent au renforcement du système de santé (RSS) sont envisageables, à travers notamment l'alignement sur les politiques et systèmes locaux, l'intervention directe en renforcement du système et diverses bonnes pratiques individuelles : fourniture d'assistance technique aux programmes nationaux, financement de formations, utilisation et renforcement des systèmes d'information sanitaires et des systèmes

de distribution de médicaments locaux, appui à la politique de gestion des ressources humaines, etc. Ainsi par exemple, le Mali bénéficie d'un financement GAVI/RSS qui va cofinancer la politique de ressources humaines et le Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé. Le Mali a également été un membre actif du groupe de travail de l'OMS sur la maximisation des synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives globales pour la santé, dont les recommandations devraient être mises en œuvre en priorité dans le pays.

Le Chapitre 6 traite d'un enjeu capital pour la plupart des pays africains, à savoir le développement des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). Il s'agit d'un enjeu primordial identifié dès la préparation du premier PRODESS en 1997-1998, qui a fait l'objet de plusieurs initiatives et études depuis une dizaine d'années. La gestion des ressources humaines a longtemps été un des principaux écueils du système de santé et ne bénéficie pas encore d'un environnement institutionnel idéal. Les principaux problèmes qui ont été identifiés en la matière concernent une insuffisance de ressources humaines motivées et ayant les qualifications requises, en particulier de personnel qualifié dans les zones pauvres et éloignées de la capitale ; la méconnaissance des structures et prestataires de soins privés dans l'ensemble de l'offre de soins de santé ; et la pluralité des statuts du personnel. La question de la motivation des ressources humaines pour la santé fait l'objet d'une attention particulière dans ce chapitre, qui insiste sur l'importance de tenir compte non seulement de la motivation matérielle, mais aussi des sources de motivation non matérielle. Reconnaissant que la pénurie de ressources humaines pour la santé compétentes et motivées est une des principales contraintes du système de santé du Mali, le Ministère de la Santé a développé, courant 2007-2008, une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS). Ses axes stratégiques ont trait au dispositif institutionnel, aux capacités de production des écoles de formation sanitaire, à la qualité de la formation, à la disponibilité de personnel de santé en qualité et en nombre suffisant à tous les niveaux du système, au développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, et enfin au développement d'un système cohérent de motivation. Le Plan de Motivation qui l'accompagne met ainsi l'accent sur l'incitation du personnel qualifié à se déplacer dans les zones difficiles et sur la stabilisation du personnel dans ces zones ; il comprend une série d'incitants financiers et non financiers (primes de zones, prime d'installation, primes de performance, etc.). La Politique dans son ensemble est à la fois très ambitieuse et très prometteuse. D'importantes ressources devront être mobilisées pour la financer, d'où la recherche de financements extérieurs à travers le Compact/IHP, la recherche de synergies positives avec les initiatives globales et de financements innovants.

Enfin, le Chapitre 7 s'attache à la participation du secteur privé dans l'approche sectorielle Santé. Il faut reconnaître que cette dernière s'est jusqu'ici limitée aux secteurs public et communautaire, sans guère prendre en compte l'offre de soins par le secteur privé. Or, un secteur privé consé-

quent existe au Mali, certes surtout à Bamako, mais aussi un peu dans les régions. Contrairement aux idées reçues, les pauvres utilisent beaucoup le secteur privé, alors que les riches utilisent encore beaucoup les secteurs public et communautaire. Plusieurs réformes ont été entreprises au Mali qui ont permis d'introduire plusieurs formes de partenariat public-privé (PPP) – notamment les franchises et la contractualisation. Toutefois, ces réformes témoignent également de nombreuses opportunités manquées pour introduire plus franchement et faire marcher les PPP à grande échelle. En outre, on déplore un manque d'analyse et de divulgation des leçons apprises. Au total, il ressort que la séparation entre le financement et la provision de services n'a pas encore été effectuée au Mali. Un moyen prometteur de l'effectuer serait à travers la décentralisation : les communes urbaines et rurales ayant la charge de la santé, elles pourraient passer des contrats avec le secteur privé, comme elles le font déjà avec les CS-COM. Une telle intégration du secteur privé dans l'approche sectorielle permettrait d'améliorer à la fois la couverture, la qualité et l'équité dans la provision des services de santé, l'efficacité de la dépense de l'Etat, et l'efficacité de la dépense des ménages.

Toutes ces expériences liées à l'approche sectorielle Santé au Mali permettent non seulement de capitaliser l'expérience pour les acteurs concernés, mais aussi de tirer des leçons pour d'autres secteurs, d'autres pays ainsi que pour la coopération belge. La conclusion met l'accent sur quelques éléments clés de l'approche sectorielle en tant que modalité de coopération. Elle insiste sur le fait que l'approche sectorielle n'est qu'un moyen qu'il ne faut pas prendre pour un but en soi – l'objectif final étant bien sûr d'atteindre des impacts sur le terrain, en nourrissant l'approche sectorielle par des analyses et des interventions pertinentes ; et sur le fait que les deux piliers principaux d'une approche sectorielle sont d'une part, l'existence d'un cadre de concertation et de dialogue politique et d'autre part, une politique et une stratégie sectorielle claires et acceptées par l'ensemble des parties prenantes. Une fois ces deux éléments établis, on a pu bâtir au fur et à mesure les autres composantes de l'approche sectorielle et créer un « cercle vertueux » permettant de renforcer chacun des éléments grâce à la construction progressive d'un capital de confiance entre les acteurs. Concernant plus particulièrement la coopération belge, l'expérience de l'approche sectorielle Santé au Mali s'inscrit dans la droite ligne de la Note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé », du Plan pour l'Harmonisation et l'Alignement de l'aide (Plan H&A) et de la réflexion récente sur le renouveau de l'assistance technique. Les leçons de cette expérience extrêmement riche et positive pourront dès lors être capitalisées en interne. Quant aux acteurs de l'approche sectorielle au Mali, ils se sont engagés dans la mise en œuvre du Compact/IHP forts de leur expérience, et peuvent donc raisonnablement en attendre une consolidation de leurs bons résultats.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le monde de la coopération au développement, émaillé de nombreuses contradictions, est en pleine évolution depuis une dizaine d'années. En effet, confrontées à des critiques pressantes portant tant sur leur système de gestion que sur l'efficacité de l'aide, les principales agences de coopération internationale (en particulier la Banque mondiale) ont amorcé un revirement dans leurs modalités d'intervention depuis la fin des années 1990. En effet, tant les projets de développement (principal instrument d'aide depuis le début de la coopération au développement, soit dès les années 1950) que les programmes d'ajustement structurel (imposés par les institutions financières internationales à de nombreux pays en développement suite aux crises de la dette des années 1980) ont été mis sur la sellette. Parmi les principales critiques à leur encontre, on trouve leur absence d'appropriation (*ownership*) par les autorités des pays bénéficiaires, leur manque d'adaptation au contexte local, le manque de coordination entre les interventions des différents bailleurs de fonds et de cohérence avec les programmes nationaux, les coûts administratifs très élevés dus à une multitude de procédures de gestion, etc. (voir Banque mondiale, 1998).

Pour répondre à ces critiques, la communauté internationale¹ est peu à peu arrivée à un consensus visant à reformuler les modalités de coopération au développement. Le « nouveau paradigme » de l'aide qui est ainsi né à la fin des années 1990 repose sur les principes suivants : appropriation par les pays bénéficiaires de leurs politiques de développement ; adaptation des interventions aux contextes et aux systèmes de gestion locaux ; cohérence des interventions extérieures avec les programmes nationaux ; responsabilité mutuelle des autorités partenaires et des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre et les résultats de l'aide ; participation de l'ensemble des parties prenantes (y compris la société civile) dans l'élaboration des politiques et programmes de développement ; coordination des bailleurs de fonds. Ces principes se sont concrétisés à travers de nouveaux instruments tels que le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) ou Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP).² Ils ont été formellement adoptés par une centaine d'agences de coopération et de pays partenaires à travers la signature de la Déclaration

1 | Par « communauté internationale », nous entendons principalement les Institutions financières internationales (IFI) que sont la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) ; les Banques de Développement régionales ; l'Union européenne (UE) ; et les agences de coopération bilatérale des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

2 | Le concept de DSRP ou CSLP a été lancé par la Banque mondiale et le FMI en 1999 dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTTE). Il s'agit d'un document censé être développé par le pays bénéficiaire au cours d'un processus participatif et qui, après avoir analysé les principales causes et caractéristiques de la pauvreté dans le pays considéré, doit définir des stratégies « appropriées » de développement et de lutte contre la pauvreté. La rédaction d'un CSLP est devenue une condition nécessaire pour les pays bénéficiant de l'aide de l'Association internationale de Développement (IDA, branche de la Banque mondiale s'occupant des pays les plus pauvres de la planète) et de l'initiative PPTTE. D'autres pays en ont également préparé un, pour totaliser, à l'heure actuelle, plus de 70 pays ayant issu un CSLP final et près de 50 pays en ayant préparé un provisoire. Plusieurs pays en sont déjà à leur deuxième génération de CSLP, laquelle est en général davantage axée sur la croissance économique et non sur la seule réduction de la pauvreté à travers le renforcement des secteurs sociaux (voir le site de la Banque mondiale : <http://www.worldbank.org/poverty>).

de Paris en mars 2005, qui repose sur les piliers de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement, de l'orientation vers les résultats et de la responsabilité mutuelle.³

Le Mali, pays enclavé d'Afrique de l'Ouest et fortement dépendant de l'aide internationale, a été pleinement touché par cette évolution des modalités d'aide. Il a en effet été choisi par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour y tester une réforme du système de gestion de l'aide dès 1996. Après une analyse de l'aide réalisée entre 1996 et 1998, le pays s'est engagé dans une réforme visant deux objectifs : améliorer la coordination et les modalités de l'aide, et parvenir à une aide pilotée et coordonnée par les autorités nationales. Si la réforme engagée à l'époque n'a pas connu un franc succès (voir les analyses de la Table-ronde des bailleurs de fonds), le processus se poursuit, poussé par les dynamiques de CSLP de seconde génération, de suivi de la Déclaration de Paris ou encore d'approches sectorielles.

En effet, parmi les nouvelles modalités d'aide privilégiées par le « nouveau paradigme » de l'aide depuis la fin des années 1990, on retrouve l'approche sectorielle ou l'approche-programme. Cette modalité d'aide a été développée dans des pays et des secteurs particulièrement visés par la coopération internationale, en particulier la Santé et l'Éducation. Avant d'aller plus loin, clarifions quelques concepts.

CLARIFICATION DES CONCEPTS UTILISÉS

Plusieurs appellations ont été données par différentes agences de coopération à des instruments relativement proches les uns des autres. Ainsi, l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI) est très engagée dans le développement de l'« approche-programme ». Celle-ci a été définie par le LENPA⁴ comme un mode de coopération pour le développement qui repose sur le principe de l'appui coordonné à un programme de développement pris en charge localement. Il peut s'agir par exemple d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté, d'un programme sectoriel, d'un programme thématique ou du programme d'une organisation spécifique (Lavergne et Alba, 2003 ; Riddell, 2003). Selon cette définition, un programme consiste en « un ensemble intégré et globalisant d'activités conçues pour obtenir un ensemble de résultats escomptés » (Riddell, 2003). L'approche

3 | La Déclaration de Paris a été signée par les représentants de quelque 90 pays développés et en développement et d'une trentaine d'organismes de coopération, qui se sont engagés à améliorer l'efficacité de l'aide (voir par exemple le site du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE : <http://www.oecd.org/cad/efficacite>). Le suivi de sa mise en œuvre est effectué régulièrement par le CAD et a culminé au cours du troisième Forum de Haut Niveau sur l'Efficacité organisé à Accra en septembre 2008 (<http://www.accrahf.net>).

4 | Learning Network on Programme-Based Approaches, un réseau de partenaires de développement coordonné par l'ACDI qui s'intéresse au développement de l'approche-programme.

sectorielle constitue l'une des variantes possibles de l'approche-programme. La Banque mondiale a, pour sa part, joué un rôle précurseur en matière d'approche sectorielle, en développant dès le milieu des années 1990 des *Sector Investment Programs* (SIPs). Ceux-ci ont par la suite été généralisés à travers des *Sector-Wide Approaches* (SWAps), terme utilisé dès 1992-1993 dans le secteur de la décentralisation en Zambie, puis par l'*Inter-Agency Group on SWAps and Development Cooperation* (IAG), un groupe de travail informel d'experts de diverses agences de développement réunis autour de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (voir Cassels, 1997).⁵

Ces appellations diverses réfèrent en fait à des concepts très proches et plusieurs caractéristiques sont en général données à l'approche sectorielle. Pour notre part, nous la définissons comme suit :

L'approche sectorielle est une *méthode de travail* entre un gouvernement et des partenaires, qui travaillent ensemble à la mise en place progressive d'une politique et d'une stratégie sectorielles complètes et cohérentes, soit une *approche commune* pour l'ensemble d'un secteur particulier. Il s'agit donc d'un concept avant tout *dynamique*. Elle devrait être menée par le gouvernement (notions d'appropriation et de « leadership »), en vue d'augmenter la cohérence entre la politique, les dépenses et les résultats, et de réduire les coûts de transaction. Plusieurs critères la caractérisent, parmi lesquels les plus fréquemment cités sont les suivants :

- tous les acteurs concernés, en particulier les partenaires techniques et financiers (PTF) importants, soutiennent une politique et une stratégie communes, étendues à l'ensemble du secteur ;
- un programme intégré de dépenses à moyen terme soutient cette politique ;
- le gouvernement dirige le processus, dans un contexte de partenariat durable et dans un esprit de responsabilité mutuelle ;
- des processus et approches communs sont en place pour mettre en œuvre et gérer la stratégie sectorielle et le programme de travail ;
- les partenaires s'engagent à évoluer vers une plus grande utilisation des systèmes de gestion et de rapportage de l'État, pour le décaissement et le suivi de l'ensemble des fonds.⁶

Cette définition appelle plusieurs commentaires. Tout d'abord, il s'agit avant tout d'une approche, d'une vision systémique qui peut être *utilisée par tout acteur*, même dans le cas de petits acteurs de proximité (ONG, ...) qui travaillent au niveau décentralisé. Ensuite, *il faut clairement différencier l'approche sectorielle, comme méthode de travail en commun, de ses*

5 | Pour plus d'information sur l'origine de l'approche sectorielle et les différentes définitions utilisées, voir Paul et Zinnen (2007).

6 | Cette définition a été adoptée par le Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP) et se base sur les définitions retenues par plusieurs agences de coopération, en particulier la Commission européenne (CE, 2003 ; EuropeAid, 2007) et le CAD de l'OCDE (OCDE, 2006).

modalités de financement. En effet, l'amalgame est trop souvent fait entre l'approche sectorielle et l'appui budgétaire – alors que d'autres modalités financières, telles qu'un fonds commun ou même des projets, peuvent très bien se concevoir dans le cadre d'une approche sectorielle.⁷ Enfin, il faut également différencier l'approche sectorielle des instruments qui lui sont associés. Ainsi, le *programme sectoriel* constitue l'aboutissement opérationnel du processus d'approche sectorielle. Il comporte un document de politique sectorielle approuvé, intégré à un cadre stratégique global (par exemple, un CSLP) et couplé à un plan d'action ou programme opérationnel, un cadre de dépenses sectorielles à moyen terme et un budget sectoriel annuel. Le tout résulte d'un processus formalisé de coordination des PTF impliqués dans le secteur, dirigé par le gouvernement. Le programme sectoriel est en outre généralement pourvu d'un système de suivi des performances du secteur, d'un processus consensuel d'harmonisation des procédures et enfin, idéalement, d'un mécanisme de consultation systématique des usagers et bénéficiaires des services publics, ainsi que des prestataires non gouvernementaux (CE, 2003).

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE CET OUVRAGE

Alors que les définitions proposées ci-dessus suggèrent l'existence d'un modèle « strict » d'approche sectorielle, la réalité est bien plus complexe. Les approches sectorielles recouvrent en fait des expériences diverses et en constante évolution. Ainsi, si l'on retrouve quelques éléments « idéaux » de ces définitions dans la plupart des approches sectorielles, leur niveau d'atteinte et leur prépondérance respective varie énormément d'un pays et d'un secteur à l'autre, de même qu'au cours du temps. En effet, il est important de bien comprendre que *l'approche sectorielle est un processus dynamique* et non pas un modèle figé ou universel. Ce processus est influencé par les décisions prises par les différentes parties prenantes et l'on constate souvent que quelques institutions ou même quelques individus peuvent avoir une influence déterminante sur l'évolution des approches sectorielles. L'évolution d'une approche sectorielle est également déterminée par les grands enjeux auxquels elle est confrontée et qui peuvent dépasser le secteur considéré (par exemple, nous en reparlerons, la réforme de la fonction publique et la gestion des ressources humaines). Il devient dès lors très important de comprendre et de documenter les dynamiques d'approches sectorielles. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour créer une mémoire institutionnelle, ce qui devrait permettre de bâtir sur les expériences passées et d'éviter certains écueils.

7 | Il faut dès lors également bien faire la différence entre *l'approche-projet* – c'est-à-dire l'utilisation de projets comme modalité de référence de la coopération au développement, sans qu'il y ait nécessairement de vision globale du développement ou d'un secteur – du *projet* en tant qu'instrument opérationnel (de financement), qui peut parfaitement se concevoir dans le cadre d'une approche sectorielle.

Or, on constate souvent un manque de capitalisation des expériences d'approche sectorielle, particulièrement pour ce qui concerne l'Afrique francophone. En effet, l'essentiel de la littérature documente les SWAps de quelques pays anglo-saxons, « enfants chéris » de la coopération (Tanzanie, Ouganda, Ghana). Pourtant, les expériences d'autres pays, dont le Mali par exemple, sont tout aussi intéressantes.

Le présent ouvrage a précisément pour objet de documenter et d'analyser l'expérience de l'approche sectorielle dans le domaine de la Santé au Mali. Comme nous le verrons dans le Chapitre 1, l'approche sectorielle Santé a débuté au Mali en 1998-1999. Des résultats très positifs ont été enregistrés depuis lors, en particulier pour ce qui concerne le consensus autour du programme sectoriel, la coordination des bailleurs de fonds et l'appropriation du processus par le ministère de la Santé. Le processus d'approche sectorielle devrait être renforcé dans les années à venir, grâce à la mise en œuvre du « Compact » entre le gouvernement et de nombreux partenaires dans le cadre du Partenariat international pour la Santé (*International Health Partnership – IHP*). Toutefois, des défis majeurs se présentent et pourraient, s'ils ne sont pas bien gérés, risquer de remettre en question les acquis réalisés par l'approche sectorielle. Parmi ces défis, on retrouve des questions de politique sectorielle (par exemple, la redéfinition du rôle de l'État et le rapport avec le secteur privé) mais également des questions d'ordre intersectoriel (la gestion des ressources humaines et des finances publiques, la décentralisation) et des questions liées à l'intervention des partenaires techniques et financiers (financement par programmes verticaux, appui budgétaire).

L'objectif premier de cet ouvrage est de servir de référence pour la capitalisation de l'expérience malienne d'approche sectorielle Santé, afin de pouvoir poursuivre le processus sur la base d'une information consistante. En outre, à travers l'analyse en profondeur de plusieurs aspects et enjeux de cette expérience, l'ouvrage a l'ambition de dégager des leçons et de lancer des pistes de réflexion qui puissent servir à d'autres expériences d'approche sectorielle, dans d'autres pays et/ou d'autres secteurs. Cet ouvrage s'adresse donc à la fois aux cadres nationaux et aux PTF, travaillant au Mali comme dans d'autres pays.

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS CHAPITRES DE L'OUVRAGE

L'ouvrage est décliné en sept chapitres principaux qui traitent des sujets suivants :

1. Le premier retrace l'historique et donne un aperçu de la dynamique de l'approche sectorielle Santé au Mali ;
2. Le second présente les grandes tendances du financement de l'approche sectorielle Santé ;
3. Le troisième présente les principaux acquis obtenus grâce à la mise en œuvre du PRODESS II.

Ensuite, plusieurs enjeux capitaux de l'approche sectorielle sont analysés :

4. L'appui budgétaire sectoriel ;
5. Les financements spécifiques ;
6. Les ressources humaines pour la santé ;
7. Les relations avec le secteur privé.

Enfin, la conclusion dégage les principales leçons de l'expérience malienne d'approche sectorielle Santé, afin de nourrir d'autres expériences.

PRÉSENTATION DES AUTEURS

Salif Samaké est médecin de santé publique, diplômé de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'université de Bamako et de l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers (Cours international pour la promotion de la santé, promotion 1997). Il a exercé comme médecin-chef dans le Nord du Mali, comme coordinateur de programme au ministère de la Santé, puis comme directeur régional de la Santé à Koulikoro de 1992 à 1996. Il a ensuite occupé diverses positions auprès de la Direction nationale de la Santé avant d'en devenir le directeur de 2000 à 2003. Il a alors commencé une carrière internationale en devenant Chargé du programme Survie de l'enfant auprès du bureau Unicef de Madagascar. Depuis 2004, il est le directeur de la Cellule de planification et de statistiques (CPS) du secteur de la Santé et le secrétaire permanent du PRODESS. Il assure ainsi la coordination du Système national d'information sanitaire et des activités de coopération du Ministère. Il est très actif dans les domaines du renforcement du système de santé et des ressources humaines pour la santé, et travaille en étroite collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'UNFPA, l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers et d'autres instances internationales. Il a assuré la coordination de la préparation du Compact/IHP pour le Mali.

Madina Bâ Sangaré est médecin de santé publique diplômée de l'École nationale de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Elle a ensuite suivi une formation en épidémiologie et statistiques auprès de l'OMS. Nommée médecin de district dans le cercle de Koulikoro, elle fut pionnière dans l'intégration des activités de planification familiale dans les centres de santé au Mali. Elle a occupé plusieurs postes de responsabilité comme médecin-conseil au Centre d'application en santé familiale et nutritionnelle, structure nationale de référence pour la formation en matière de santé familiale. Elle a ensuite été nommée comme chef de la section Santé maternelle et infantile, puis chef de la division Santé familiale à la Direction nationale de la Santé. À ce titre, elle a dirigé plusieurs programmes nationaux liés à la santé maternelle, infantile et à la planification familiale. Spécialisée dans la gestion, le suivi et l'évaluation des programmes de santé à l'université de Cambridge, ainsi que dans la formation et la supervision des programmes de planification familiale à travers Intrahealth International, elle fut aussi responsable de la composante population du projet Santé, Population et Hydraulique rurale (PSPHR) qui était l'instrument de mise en œuvre de la politique de santé et de population du Mali, cofinancé par plusieurs bailleurs de fonds. Elle a été membre du groupe de travail pour l'élaboration du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS). Elle a consacré ces dix dernières années à la consultance au profit d'institutions de coopération bilatérale (USAID/CARE) et onusiennes (UNICEF, UNFPA). Elle est actuellement conseillère technique chargée de la santé reproductive à USAID/Mali.

Bruno Dujardin est diplômé de médecine, master en santé publique et docteur en santé publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Il a exercé comme médecin au Nicaragua et a ensuite commencé une carrière académique à l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers et à l'ULB. Ceci lui a permis de mener de nombreux projets de coopération universitaire. Ses principales publications concernent les thématiques suivantes : politiques de santé, évaluation des systèmes de santé, qualité des soins, santé maternelle, lutte contre la tuberculose. Il a publié un livre, « Politiques de santé et attentes des patients », chez Karthala. Il est professeur et directeur de l'unité Politiques et programmes en santé internationale de l'ULB.

Monique Kamphuis a commencé sa carrière d'anthropologue médicale en 1987 dans la région de Gujarat en Inde, où elle a effectué une recherche sur le rôle des organisations non gouvernementales dans la lutte contre la tuberculose. Elle a ensuite réalisé une étude postdoctorale sur la gestion organisationnelle et du personnel et a effectué diverses consultations de courte durée. De 1990 à 2003, Monique Kamphuis a travaillé pour l'UNICEF, d'abord en Inde, puis au siège à New York, puis au Sénégal et au Ghana. En 2003, elle a poursuivi des études en santé publique à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, où elle a obtenu un *Master in Public Health*. En 2005, Monique est devenue conseillère en santé publique auprès de l'ambassade des Pays-Bas au Mali, où elle a réussi à doubler le budget des Pays-Bas pour la santé et où elle a géré un partenariat délégué avec la Suède et l'Espagne – les trois pays utilisant l'appui budgétaire sectoriel selon l'exemple des Pays-Bas dès 2006 – et elle a assumé le rôle de chef

de file des partenaires techniques et financiers dans le secteur Santé. C'est au cours de ce mandat que treize partenaires ont signé le Compact dans le cadre de l'Initiative du Partenariat international pour la santé en avril 2009. Tonia Marek est actuellement la coordinatrice du groupe de renforcement des systèmes de santé pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, basé au bureau régional de la Banque mondiale à Dakar, Sénégal. Pionnier du Partenariat public-privé depuis 1998, Dr. Marek en a fait le plaidoyer depuis lors afin que l'on prête plus d'attention au système de santé dans son ensemble, et pas seulement au secteur public. Ses efforts commencent à payer, car il est de plus en plus admis que l'on doit utiliser toutes les ressources existantes dans un pays afin d'atteindre les objectifs de santé publique. Dr. Marek a une expérience professionnelle de 28 ans, dont 18 passés à la Banque mondiale, 2 à la Banque interaméricaine de Développement, et plusieurs années en tant que consultant indépendant travaillant surtout pour l'Unicef, les gouvernements et des firmes ayant des contrats avec USAID ou autres bailleurs. Dr. Marek a obtenu un doctorat en Épidémiologie et un *Master of Science* en Nutrition de l'École de santé publique et de médecine tropicale de l'université de Tulane à la Nouvelle-Orléans. Elle a publié de nombreux articles et rapports sur le partenariat public-privé, entre autres. Avant de travailler sur ce sujet, Dr. Marek a aidé à concevoir et à mettre en œuvre deux programmes à grande échelle de services de nutrition communautaires au Sénégal et à Madagascar, deux exemples de succès basés sur l'approche contractuelle. En tant que chef ou membre d'équipe, Tonia Marek a également participé à la conception ou à la mise en œuvre de divers projets et programmes à succès sur les réformes du secteur Santé, des programmes nationaux de lutte contre la pauvreté, des fonds sociaux, des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique du Nord, en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes.

Elisabeth Paul est titulaire d'un doctorat en Sciences de Gestion de l'université de Liège. Elle a remporté le Prix de la Coopération au Développement pour sa thèse intitulée *Improving Public Outcomes in Developing Countries – Applications of Incentive Theory to Aid and Public Resource Management*. Elle a fait partie, de 2004 à 2009, du Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP) de la coopération belge. Elle a été assistante technique de la CTB auprès de la CPS/MS, en appui à l'approche sectorielle et à l'aide budgétaire – d'abord pendant neuf mois sur base permanente (2007), ensuite pendant un an sur base de missions ponctuelles de 2008 à 2009. Elle a dans ce cadre pris une part active dans la capitalisation de l'expérience malienne d'approche sectorielle Santé ainsi que dans l'élaboration de la Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé et du Compact/IHP. Elle est maintenant consultante indépendante. Cheick Hamed Tidiane Simpara est économiste-planificateur de formation, diplômé de l'École nationale d'Administration (ENA) du Mali (option économie) et de Santé et Développement de l'université d'Aix-Marseille en France. Nommé à différents postes de responsabilité comme directeur de l'Hôpital de Kati, Planificateur stratégique à la Direction nationale de la San-

té, à la Cellule de planification et de statistiques du ministère de la Santé, directeur du projet Santé, Population et Hydraulique rurale qui était l'instrument de mise en œuvre de la politique de santé et de population du Mali. Spécialisé dans la formulation, la gestion et l'évaluation des programmes de Développement à l'université de Pittsburgh aux USA et à l'université de Heidelberg en Allemagne, il a mis ses compétences au service du Mali dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques dans le domaine sociosanitaire, dans le cadre du PRODESS, à travers trois programmes de USAID, PHR+, ATN et ATN+, dont il est le conseiller technique et directeur adjoint à charge des questions de renforcement institutionnel et de réforme de la santé. Lauréat du *International Technical Excellence Award* de Abt Associates Inc. en 2008, Cheick Simpara met sa riche expérience de vingt ans dans le secteur public et de dix ans dans le secteur privé au profit d'institutions nationales et de coopération bilatérale et multilatérale comme consultant indépendant.

Ignace Ronse a travaillé au bureau de la représentation de l'OMS au Mali de 1998 à 2009 comme chargé de l'appui au système de santé. C'est ainsi qu'il a accompagné le processus d'élaboration du premier PRODESS, pour ensuite participer pendant plus de dix ans à la mise en œuvre des programmes sectoriels et à la coordination des différents acteurs, notamment lorsque l'OMS assumait la fonction de chef de file des partenaires de 1998 à 2001 pour organiser ensuite la rotation de cette tâche. L'importance des ressources humaines pour la santé et la construction de la confiance de l'ensemble des acteurs accordée à une gestion participative basée sur des informations fiables étaient une préoccupation tout au long de la démarche. Le partage de la conviction que l'approche sectorielle et l'alignement de l'aide sur le programme national est la voie la plus efficace pour obtenir des résultats pérennes dans un système de santé est basée sur une formation comme médecin de santé publique et sur une expérience comme coopérant belge mettant le district sanitaire, tel que défini par l'OMS, au centre des interventions, depuis 1983 au Zaïre, au Rwanda et en Equateur. Actuellement, il est responsable pour la Coopération belge du suivi des dossiers de l'OMS, de l'ONUSIDA, du Fonds global, de l'IHP et des aspects de santé dans la coopération au développement.

RÉFÉRENCES

Banque mondiale, 1998, "Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why", *World Bank Policy Research Report*, New York: Oxford University Press.

Cassels, Andrew, 1997, *A guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements*, Geneva: World Health Organization.

Commission européenne (CE), 2003, *Lignes directrices pour l'appui de la Commission européenne aux Programmes sectoriels*, Bruxelles : Commission européenne.

EuropeAid, 2007, "Support to Sector Programmes Covering the three financing modalities: Sector Budget Support, Pool Funding and EC project procedures", *Tools and Methods Series, Guidelines No.2*, Brussels: European Commission (July).

Foster, Mick, Adrienne Brown, and Tim Conway, 2000, "Sector-wide approaches for health development – A review of experience", Geneva: World Health Organization (WHO/GPE/00.1).

Lavergne, Réal, et Anneli Alba, 2003, *Guide d'introduction aux approches-programmes à l'ACDI*, Agence canadienne de Développement international.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2006, « Harmoniser l'aide pour renforcer son efficacité – Volume 2 : Le soutien budgétaire, les approches sectorielles et le développement des capacités en matière de gestion des finances publiques », *Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD*, Paris : OCDE.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2006, *Présentation du rôle de l'OMS dans les approches sectorielles du développement sanitaire*, Genève : OMS.

Paul, Catherine, et Véronique Zinnen, 2007, « Synthèse de la littérature, Version révisée 1 », 30 avril 2007, *Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP)*.

République du Mali, Table-ronde des bailleurs de fonds sur le CSLP, *Rapport sur la réforme de l'aide au Mali. Coordination, efficacité de l'aide extérieure et réduction de la pauvreté*, octobre 2003.

République du Mali, Table ronde des PTF, *Coordination de l'aide, harmonisation de l'aide, et aide budgétaire*, V3 du 19 mars 2004.

Riddell, Abby, 2003, *Synthesis Report on Recent Developments and Issues Raised by Development Agencies Concerning Programme-Based Approaches*, prepared for a forum organized by the Learning Network on Program-Based Approaches, Berlin, 17-19 November 2003 (non publié).

L'ÉVOLUTION ET LA DYNAMIQUE DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

***SALIF SAMAKÉ, ELISABETH PAUL,
BRUNO DUJARDIN, IGNACE RONSE***

L'approche-programme ou approche sectorielle (AS) dans le domaine de la Santé¹ a débuté au Mali en 1999, avec le soutien conjoint des différentes parties prenantes – le ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées (MSSPA), qui fut par la suite scindé en ministère de la Santé (MS) et ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA) ; les Partenaires techniques et financiers (PTF) ; et les représentants de la société civile – au même Programme de développement sanitaire et social (le PRODESS). Depuis lors, tous les partenaires s'inscrivent dans les orientations du PRODESS et en cofinancent les activités au moyen de différents instruments, ce qui permet de garantir la coordination des actions et la cohérence de la politique de santé. Ce premier chapitre vise à retracer brièvement les grandes étapes de la construction et à analyser la dynamique d'AS dans le secteur de la Santé au Mali, ce qui permettra de mieux comprendre les chapitres suivants². Notons d'emblée que la dynamique d'approche sectorielle devrait être considérablement renforcée dans les années à venir avec l'adhésion du Mali à l'*International Health Partnership* (IHP) et les initiatives liées et la signature en avril 2009 du Compact avec les partenaires de l'IHP (voir page suivante).

1 | Il s'agit plutôt d'une approche sectorielle dans les domaines de la Santé et du Développement social, car deux ministères sont désormais en charge de mettre en œuvre le PRODESS. Toutefois, nous nous concentrons dans cet ouvrage sur la santé et par mesure de simplicité, nous référons souvent seulement à l'« AS Santé » et au MS.

2 | Plusieurs des analyses présentées dans ce chapitre, notamment toutes celles référant au cadre conceptuel des premières *Lignes directrices pour l'appui de la Commission européenne aux Programmes sectoriels* (CE, 2003), sont issues des travaux d'Elisabeth Paul et Bruno Dujardin (2005, 2006). Ces études ont été réalisées sur la base d'enquêtes fermées et d'interviews semi-structurés. Nous renvoyons le lecteur à ces documents pour plus d'explications quant à la méthodologie et aux résultats obtenus.

RAPPEL DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES POLITIQUES SANITAIRES AU MALI³

Le système de santé malien résulte d'une longue évolution depuis l'indépendance du pays, qui a certes subi des influences extérieures (Conférences de l'OMS : Alma Ata, Initiative de Bamako, etc.) mais a connu un développement propre, en fonction des options politiques qui furent prises au cours du temps. Les grandes étapes de sa construction sont rappelées ci-dessous.

- La période coloniale fut caractérisée par un système sanitaire destiné à prévenir les épidémies et collecter des données sur les accouchements, les campagnes de vaccination et les grandes endémies. Ces informations étaient envoyées à l'Organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies, pour analyses.
- Au cours des premières années de l'indépendance (soit le début des années 1960), le Mali a commencé à mettre en place un réseau minimum d'infrastructures de Santé.
- La décennie 1966-1976 a vu la mise en œuvre du premier Plan décennal de développement des services de santé (PDDSS), qui visait notamment à instaurer la gratuité des soins.
- En 1978 a eu lieu la Conférence d'Alma Ata organisée par l'OMS, qui a propulsé l'adoption des Soins de santé primaires dans de nombreux pays, notamment au Mali.
- Le deuxième Plan décennal de développement sanitaire (PDDS), couvrant la période 1981-1990, était basé sur la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) impliquant notamment le développement des structures de santé rurales, les agents de santé villageois, les caisses de pharmacies villageoises, etc.
- Les professions médicales et pharmaceutiques furent libéralisées en 1985.
- L'année 1987 a vu le lancement de l'Initiative de Bamako (IB), basée sur la stratégie des SSP en s'appuyant sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts pour garantir la qualité des services.
- Une nouvelle Politique sectorielle de santé et de population (PSSP) a été adoptée le 15 décembre 1990. Elle était fondée sur une approche globale articulant les principes des SSP et l'Initiative de Bamako, instaurant donc le recouvrement des coûts et le système de santé de district. Elle a également développé la santé communautaire et la contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de santé communautaire (ASACO).

3 | Pour un historique de la réforme du secteur de la Santé au Mali dans les années 1990, voir l'excellent ouvrage de Maiga et al. (1999).

- Un des outils de mise en œuvre de cette politique sectorielle était le projet Santé, Population et Hydraulique rurale (PSPHR), lancé lui aussi en 1990 par la Banque mondiale et d'autres partenaires (voir la section suivante).
- Ensuite, le Mali décida de passer d'une approche-projet à une approche-programme / sectorielle (SWAp) et les années 1996 à 1998 ont été consacrées à la préparation du nouveau programme sectoriel sur lequel elle repose.
- Le troisième PDDSS a été lancé en 1998 et sera prolongé jusqu'en 2009. Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers son volet opérationnel, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée pour des raisons liées aux difficultés de démarrage, notamment pour développer des procédures consensuelles pour la mise en œuvre des interventions. Il était organisé en cinq volets ciblés sur les aspects suivants : (1) l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des services ; (2) la lutte contre l'exclusion sociale ; (3) le développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé pour pallier les difficultés d'accès aux services de base et assurer un financement durable et équitable de la santé des populations ; (4) le développement des ressources humaines ; (5) le renforcement institutionnel. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005, comme l'expliquent les pages suivantes.

L'annexe 1 présente une analyse consensuelle des forces et faiblesses du système de santé malien qui permet d'éclairer les priorités de l'approche sectorielle.

LE PRODESS

Le Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) constitue au Mali le socle de l'approche sectorielle dans les domaines de la santé et du développement social. Il assure la mise en œuvre dans ces domaines du Cadre stratégique pour la croissance et la lutte contre la pauvreté (CSCR). Depuis le choix du Mali de passer à l'approche sectorielle, deux PRODESS se sont succédés : le premier PRODESS 1998-2002, prolongé jusqu'en 2004, et ensuite le PRODESS II 2005-2009, prolongé jusqu'en 2011. Le passage de l'approche-projet à l'approche sectorielle marquait essentiellement une différence concernant les points suivants :

- un cadre unique de planification sur cinq ans élaboré par les ministères sectoriels en concertation avec l'ensemble des acteurs, au lieu des différents projets planifiés par chacun des acteurs de manière uni-, bi- ou multilatérale ;
- une gestion conjointe de la mise en œuvre des interventions planifiées, au lieu des cellules de gestion des projets ; les organes de gestion du PRODESS sont en effet définis pour l'ensemble des niveaux et garantissent la concertation entre les différents acteurs, notamment le secteur public, le secteur privé, les PTF et la société civile ;
- une procédure financière préférentielle proposée aux différents acteurs avec un manuel de procédure unique (mais qui prévoit des dérogations en fonction des spécificités de certains partenaires financiers), au lieu d'une multitude de procédures propres à chaque projet ;
- un système de suivi conjoint : chaque année sont organisés conjointement des revues sectorielles, des audits et des missions de suivi, qui utilisent des indicateurs communs ;
- des évaluations finales et à mi-parcours sont également organisées de manière conjointe.

Suite à la scission du MSSPA en MS et MDSSPA, le PRODESS II comporte désormais deux composantes : Santé et Développement social. Le coût total sur cinq ans de sa composante Santé était initialement évalué à plus de 500 milliards FCFA. Elle comporte les sept volets suivants :

Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;

Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ;

Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ;

Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;

Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation ;

Volet 6 : Réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherches ;

Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

En substance, 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 statistiques (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 (SéGal) des deux ministères concernés, le MS et le 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'État et de l'appui budgétaire ;
- 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 MS-MDSSPA-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 ;
- Au niveau déconcentré, les Comités régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation 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 (MCS) organisée avec l'ensemble des partenaires dans deux régions et au niveau central.

Les PTF et la société civile sont représentés dans ces différents organes. La société civile est notamment représentée par la FENASCOM (Fédération nationale des ASACO), le Groupe PIVOT (qui chapeaute les ONG nationales et certaines ONG internationales actives dans le secteur de la santé) et quelques grandes ONG. En outre, il existe un mécanisme informel de coordination des PTF, qui se réunissent de manière mensuelle ; le MS, le MDSSPA et les représentants de la société civile sont invités à ces réunions. Des groupes thématiques, traitant de diverses questions techniques (santé reproductive, décentralisation, ressources humaines, appui budgétaire, etc.) et impliquant tant le MS, le MDSSPA et la société civile que les PTF, se réunissent aussi 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.

La planification annuelle du PRODESS repose sur un processus « de bas en haut », qui est toutefois guidé par les orientations et contraintes émanant du Cadre

stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR), du Cadre des dépenses à moyen terme (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 Centres de santé communautaires (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'évaluation 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 qui a lieu durant le premier semestre de l'année N. L'équipe technique du Secrétariat Permanent du PRODESS et les chargés de planification des Directions régionales prennent alors en compte les recommandations du Comité Technique et actualisent les PO en prenant en compte le budget de l'État et toutes les annonces faites par les PTF. Les PO sont enfin validés suite au Comité de Suivi. Ce processus permet de faire coïncider la planification du secteur avec le processus budgétaire au niveau national.

LES ORIGINES ET LA MISE EN PLACE DE L'APPROCHE SECTORIELLE

L'approche sectorielle s'est peu à peu imposée comme une modalité de premier choix pour le gouvernement du Mali et ses partenaires techniques et financiers actifs dans le secteur de la Santé. Un des « précurseurs » dans lesquels l'approche sectorielle Santé au Mali trouve en partie son origine est le projet Santé, Population et Hydraulique rurale (PSPHR) lancé en 1990 à l'initiative de la Banque mondiale, et auquel ont aussi contribué l'UNICEF, USAID, l'Allemagne, la France et le Fonds européen de Développement (FED). Ce projet préfigurait en effet les *Sector Investment Programs* (SIPs), instruments privilégiés par les premières approches sectorielles (voir l'introduction de cet ouvrage). La mise en œuvre du PSPHR s'est étalée de 1991 à 1998 et couvrait quatre des huit régions ainsi que Bamako. Il était basé sur les principes d'un cofinancement conjoint par plusieurs PTF⁴, complémentaire aux programmes nationaux, ainsi que de l'exécution par les structures classiques de l'État et d'un mécanisme commun de coordination. Cette dynamique a été précédée par la formulation de la nouvelle Politique sectorielle de Santé et de Population (PSSP). Le PSPHR a inspiré la préparation du PRODESS, qui a impliqué une participation large tant d'experts maliens que de consultants extérieurs⁵. Une table ronde sectorielle Santé a eu lieu en juin 1998 – soit en fin d'élaboration du document – ce qui a permis aux PTF de déjà affirmer leur soutien aux principes du PRODESS. L'approche sectorielle Santé, en tant que méthode de travail commune entre le ministère de la Santé et ses PTF, a donc commencé pour de bon au Mali en mars 1999, en appui au premier PRODESS.

Un des objectifs sous-jacents de cette approche intégrée, initiée par le PSPHR et confirmée par l'approche sectorielle en appui au PRODESS, est d'encourager les PTF à renoncer progressivement à intervenir sous forme de projets isolés. À cet effet, le renforcement du cadre institutionnel et l'introduction de nouvelles procédures de gestion et de financement ont été proposées. Un manuel de procédures spécifique au PRODESS a été développé pour en améliorer la gestion administrative et financière, avec l'intention d'être appliqué à un « pot commun » qui devait être alimenté par les PTF et géré par la Direction administrative et financière (DAF) du MS⁶. Cependant, ce pot commun a mis plusieurs années avant de fonctionner de manière satisfaisante, seuls quelques PTF l'ont alimenté et les procédures ont connu des « maladies de jeunesse » qui ont découragé plusieurs PTF⁷.

Grâce à la volonté politique du gouvernement et de quelques PTF parmi les plus importants, ainsi qu'aux progrès institutionnels accomplis notamment grâce au PSPHR, le secteur de la Santé au Mali présentait dès

4 | Cependant, en réalité, il s'est plutôt agi d'un cofinancement parallèle, chaque partenaire suivant ses procédures spécifiques ; voir Maiga et al. (1999).

5 | Banque mondiale, UNICEF, OMS, UE, financement du Japon.

6 | Le « pot commun » ou compte-programme est composé d'un compte national (A), de comptes régionaux (B) et de comptes au niveau des cercles (C).

7 | En fait, la mise en œuvre du PRODESS a commencé avant même que les procédures soient clairement fixées (le Manuel de procédures de gestion du PRODESS ne fut disponible qu'en avril 2001).

le début des conditions hautement favorables à l'introduction d'une approche sectorielle. Ces conditions ont d'ailleurs pour la plupart évolué favorablement avec le temps (cf. page suivante).

Les conditions étaient donc bonnes dès le départ dans le secteur de la Santé pour y lancer une approche sectorielle, surtout pour ce qui concerne la bonne volonté et les progrès enregistrés au niveau de l'administration malienne. L'approche sectorielle Santé au Mali a toutefois démarré alors que plusieurs conditions n'étaient pas idéales (notamment un manque de prévisibilité des appuis et d'harmonisation des procédures des PTF, des incohérences dans l'intervention de certains PTF et parfois un manque de courage politique au niveau malien pour y répondre) et, comme tout processus empirique, elle a connu quelques « maladies de jeunesse » lors de sa mise en place (notamment des procédures nationales de mise en œuvre compliquées et peu adaptées aux activités spécifiques du secteur de la santé). Comme nous le verrons, ceci n'a pas empêché la réussite de l'approche sectorielle à de nombreux égards et ne devrait pas décourager les pays et les secteurs candidats à s'engager dans une telle approche. Au contraire, il est intéressant de s'inspirer de cette expérience pour éviter de reproduire les mêmes erreurs et pour mettre toutes les chances de son côté en remédiant aux problèmes éventuels.» En page 36 sont présentées deux options possibles pour le démarrage d'une approche sectorielle. Chacune a ses avantages et ses écueils à bien gérer. Ceci illustre que la *transition* vers l'approche sectorielle est cruciale et doit être gérée avec précaution.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE APPROCHE SECTORIELLE AU MALI

Sur la base d'une revue des expériences à cette époque, les *Lignes directrices pour l'appui de la Commission européenne aux Programmes sectoriels* (CE, 2003 : 26) identifiaient plusieurs conditions préalables qui peuvent déterminer la réussite d'un programme sectoriel. On peut apprécier si ces conditions étaient et sont remplies dans le secteur de la Santé au Mali. Tout d'abord, ce document identifie quatre conditions requises :

1. Un leadership fort et efficace au niveau du ministère sectoriel : Le PRODESS est géré par les entités pérennes du MS et du MDSSPA. Toutefois, le leadership politique malien reste parfois faible vis-à-vis de certains revirements et initiatives venant des PTF : la partie malienne a des difficultés à canaliser ou refuser des projets qui ne correspondent pas à ses priorités.

2. Un engagement vis-à-vis du processus de la part de l'ensemble du gouvernement et, en particulier, du ministère des Finances : Le gouvernement du Mali s'est clairement engagé en faveur des nouvelles modalités d'aide telles que l'aide budgétaire en appui au CSLP et l'approche sectorielle. Toutefois, il reste des problèmes de communication entre le MS/MDSSPA et le ministère des Finances (MF), qui ne comprend pas toujours les spécificités du secteur. Depuis 2005, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris incite encore davantage les différentes parties prenantes (en particulier les PTF) à s'engager dans le sens d'une approche sectorielle.

3. Un consensus entre le gouvernement et les PTF sur les principales questions de politique et de gestion liées au secteur : Le PRODESS a dès l'origine été soutenu par l'ensemble des partenaires actifs dans la Santé. Les grandes lignes de la politique font l'objet d'un consensus, mais certaines questions porteuses de discord ne sont que peu évoquées (par exemple, les questions de revenus des prestataires, de qualité des soins et la priorité accordée à certaines maladies ; quant à la gestion des ressources humaines et au partenariat public-privé, ils ont longtemps été absents des prises de décision).

4. Un niveau raisonnable de stabilité macroéconomique et politique conduisant à un niveau élevé de prévisibilité budgétaire : Le pays est politiquement stable et caractérisé par une approche consensuelle généralisée. Malgré une bonne stabilisation, quelques problèmes macroéconomiques persistent, comme la croissance insuffisante qui n'est pas accompagnée d'une réduction significative de la pauvreté, ou les problèmes récurrents de trésorerie.

Ensuite, quatre conditions favorables importantes sont avancées par la Commission européenne :

5. Un cadre maîtrisable de relations institutionnelles : Le cadre de relations institutionnelles, c'est-à-dire les organes du PRODESS, existe et est maîtrisable (si ce n'est que le PRODESS relève de deux ministères) mais les choses se compliquent lorsque l'on tient compte des processus programmatiques au niveau supérieur (CSCR, CDMT, budget programme). De nets progrès ont toutefois été enregistrés récemment, notamment avec la préparation du CSCR. De plus, le cadre institutionnel est parfois contourné au profit des intérêts individuels de certains PTF – par exemple, pour promouvoir des actions qui ne sont pas réellement prioritaires au regard de l'analyse de la situation, comme la construction d'un troisième hôpital universitaire à Bamako.

6. L'existence d'un chef de file expérimenté : Le chef de file des PTF Santé change chaque année, et le niveau d'expérience et d'engagement dans l'AS varie en fonction du chef de file. Les chefs de file furent successivement l'OMS (1998-2001), la Banque mondiale (2002), les Pays-Bas (2003-2004), l'UNICEF (2004-2005), le Canada (2005-2006), USAID (2006-2007), le PAM (2007-2008) et les Pays-Bas (2008-2009).

7. Des mesures incitatives compatibles avec les objectifs d'une approche sectorielle : À l'exception de la pression mise récemment par la Déclaration de Paris, ces mesures sont faibles tant du point de vue malien (la surcharge de travail inhérente à une AS n'est pas valorisée) que du point de vue de nombreux PTF, dont les contraintes institutionnelles (en particulier les relations avec leur siège) continuent souvent de dicter les comportements.

8. La possibilité d'obtenir des résultats rapides pour susciter l'engagement et l'appui des partenaires : Des résultats rapides ont été obtenus en matière de coordination, de cohérence, de renforcement des capacités du Secrétariat permanent du PRODESS, de revues conjointes, etc., et certains indicateurs sanitaires ont progressé depuis la mise en œuvre du PRODESS. Toutefois, le bât continue de blesser au niveau de certains problèmes de fond du secteur (ressources humaines, qualité des soins, harmonisation de l'ensemble des partenaires) et de certaines inefficiences en matière de réflexion, d'analyse à tous les niveaux du système de santé et de travail en réseau (notamment de manière intersectorielle).

DEUX OPTIONS POUR GÉRER LA MISE EN PLACE D'UNE APPROCHE SECTORIELLE

OPTION 1 UN DÉMARRAGE PROGRESSIF

- Faire du « lobbying » quelques années avant de démarrer, car il est risqué de démarrer sans avoir une masse critique de partenaires pour appuyer le processus ;
- Il est risqué de vouloir aller trop vite et de commencer la mise en œuvre avant d'avoir bien développé le système de gestion¹ ;
- Avoir des procédures de gestion trop lourdes risque de bloquer des activités par manque de financement² ;
- La transition doit être précédée d'un changement du système institutionnel, c'est-à-dire commencer par renforcer les ressources et les structures du MS chargées du pilotage de l'approche sectorielle – non seulement vis-à-vis de la quantité de travail supplémentaire, mais aussi de l'expertise sectorielle et financière requise, ainsi que de la motivation du personnel ;
- Il faut éviter le suivi « procédurier » de la part de certains sièges des PTF car l'approche sectorielle appelle un suivi davantage basé sur les résultats ;
- Il est important de ne pas limiter le dialogue au seul niveau sectoriel, mais d'impliquer d'autres ministères (Finances, Fonction publique, etc.) dans le dialogue, la révision des procédures de planification et de gestion, la gestion globale du secteur et si possible, prendre en considération les autres politiques sectorielles.

OPTION 2 UN DÉMARRAGE RAPIDE

- Démarrer avec les partenaires enthousiastes permet de convaincre les autres ;
- Commencer avec un certain nombre de procédures essentielles acceptées de commun accord permet de les améliorer en cours d'exercice et de montrer aux PTF hésitants les avantages du système ;
- Imposer les procédures nationales peut empêcher certains PTF de se joindre au processus ;
- Modifier d'un coup le système institutionnel en mettant à disposition les ressources et les motivations nécessaires expose à un risque de rejet par le personnel moins avantage par les modifications si l'exercice n'est pas équitable et s'il n'est pas accompagné d'un plaidoyer important ;
- On peut commencer avec les outils existants et les améliorer progressivement, en cours d'exercice, en impliquant tous les acteurs dans le développement d'outils consensuels de suivi et d'évaluation, ce qui permet d'avoir la transparence nécessaire à la confiance et l'adhésion des différents acteurs ;
- La collaboration intersectorielle est parfois difficile à obtenir, aussi peut-on dans un premier temps se limiter aux principaux acteurs sectoriel et faire un plaidoyer large vis-à-vis des autres acteurs.

1 | La mise en œuvre du PRODESS a commencé en 1999 avant même que ses procédures de gestion soient clairement fixées (le Manuel de procédé

2 | Alors que le MS avait proposé d'utiliser les procédures nationales simples, celles-ci n'ont pas convenu aux PTF qui ont alors fait « monter les enchères » pour ajouter des éléments procéduriers qui leur convenaient. Ceci a débouché sur un amalgame de procédures lourd et compliqué – et a découragé beaucoup de PTF de les adopter. Ces derniers ont ainsi continué longtemps à utiliser leurs propres procédures, ce qui a multiplié les régimes et a d'emblée pesé sur l'administration nationale.

L'ÉTAT DES LIEUX DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

À l'heure de publier cet ouvrage, l'approche sectorielle dans le domaine de la Santé est un processus bien rodé au Mali, qui peut servir d'exemple dans la sous-région. La page suivante donne un aperçu synthétique de l'état d'avancement et des composantes de l'approche sectorielle Santé en 2009, en fonction des principaux éléments sous-tendant une approche sectorielle tels que recensés dans la littérature (CE, 2003 ; OCDE, 2006 ; EuropeAid, 2007 ; OMS, 2006b).

LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS SOUS-TENDANT L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

- **Une politique et une stratégie sectorielles claires** : Ces deux éléments existent, en l'occurrence le PDDSS et le PRODESS II, qui servent de base à l'intervention de tous les partenaires. Cependant, l'adhésion des PTF à ces documents est parfois assez formelle et certains exercent encore parfois des pressions pour imposer leurs priorités – par exemple en concentrant leurs ressources sur quelques sous-volets du PRODESS au détriment d'un appui à l'ensemble du système de santé.
- **Un programme des dépenses sectorielles à moyen terme** : Le premier CDMT Santé a été élaboré en 2003 mais ne correspondait pas encore ni au programme sectoriel, ni à la Loi de Finances – et il n'a pas été respecté jusqu'à présent. Il a été révisé début 2009 pour s'aligner sur le prolongement du PRODESS dans le cadre du Compact (voir ci-dessous). Il inclut toutes les sources de financement et sa dernière version comporte plusieurs scénarios.
- **Un processus formalisé de coordination des PTF** : Les PTF se coordonnent à travers des réunions formelles mensuelles, qui sont pilotées par le chef de file et auxquelles participent des représentants du MS, du MDSSPA et de la société civile, ainsi que des réunions plus informelles. Les organes du PRODESS sont, eux, pilotés par le MS et le MDSSPA. En outre, onze groupes de travail thématiques ont été créés pour traiter de différentes questions¹ – mais on constate l'irrégularité de ces réunions, et parfois leur faible productivité en termes d'application effective. Globalement, on peut affirmer que le dialogue entre les parties prenantes est de bonne qualité au Mali.
- **Un système de suivi des performances visant à évaluer les progrès vers la réalisation des objectifs de la politique et les résultats** : Il existe un système élaboré de suivi des performances, dont les bases factuelles reposent sur le Système national d'information sanitaire et sociale (SNISS) et ses sous-systèmes tels que le Système local d'informations sanitaires (SLIS), un outil informatisé de suivi annuel de la mise en œuvre du PRODESS, de même que sur des enquêtes telles que des Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) qui sont régulièrement menées (2001, 2006, ...). Les résultats atteints sont présentés aux partenaires et à la société civile lors des Comités techniques et de Suivi du PRODESS. La mission conjointe de suivi permet également aux différentes parties prenantes de suivre les performances et d'identifier les problèmes du terrain. Cependant, il n'est pas toujours possible de réaliser une analyse en profondeur des performances et de leurs causes, faute de capacités suffisantes au sein des ministères concernés et des agences de coopération. En outre, certains indicateurs issus du SLIS ne sont guère fiables ; on commence depuis deux ans à compiler ces données avec celles des Établissements publics hospitaliers (EPH) afin de leur donner un caractère national, mais la situation du secteur privé est encore très mal connue et n'est pas encore intégrée dans les statistiques sanitaires.
- **Un mécanisme de financement efficace qui permet de fournir des fonds flexibles et prévisibles pour appuyer les politiques sectorielles** : Bien que la plupart des partenaires continuent de fournir des financements d'une manière « orientée par l'offre », quelques progrès ont été atteints au cours des dernières années, et d'importants progrès sont à espérer dans le cadre de la mise en œuvre du « Compact » élaboré dans le cadre du Partenariat international pour la Santé (IHP+) pour atteindre les Objectifs du Millénaire avec une meilleure application de la Déclaration de Paris (voir ci-dessous).
- **Un processus convenu d'harmonisation des procédures** : Des efforts ont été réalisés depuis quelques années à ce niveau : plusieurs PTF utilisent les procédures financières nationales (procédures PRODESS) et plusieurs PTF font de l'appui budgétaire global (ABG : Banque mondiale et Commission européenne) ou sectoriel (ABS : les Pays-Bas et la Suède depuis 2006, le Canada depuis 2007). En outre, on peut citer les missions conjointes et les indicateurs de suivi qui ont été retenus de manière consensuelle. Dans le cadre du Programme conjoint des Nations unies (UN-DAF 2008-2012), des procédures uniques sont adoptées, basées sur les procédures nationales auditées (HACT). Le cycle de programmation du PRODESS a été harmonisé avec le cycle budgétaire du Mali. Toutefois, certains PTF continuent de planifier leurs activités en relative autarcie par rapport aux autres et à garder leurs procédures propres, tant pour le déboursement des fonds, le système de rapportage et d'évaluation ou encore les marchés publics. De grands pas devraient être faits dans le sens de l'harmonisation avec le Compact de l'IHP+.
- **Un mécanisme de consultation qui prenne en compte toutes les parties** : Il existe un système de consultation des parties prenantes, mais qui n'est pas systématique. La société civile et les prestataires sont représentés dans les organes du PRODESS, mais ces organes fonctionnent de manière assez formelle et ne permettent pas toujours la rétro-information de la part de la base, en particulier les prestataires et les patients. Ici également, un mécanisme de validation consensuelle des plans par l'ensemble des acteurs est à l'étude dans le cadre de l'IHP+.

¹ | L'appui aux DAF ; les ressources humaines ; la décentralisation ; les médicaments ; la santé reproductive ; la nutrition ; le paludisme ; la contractualisation ; les financements alternatifs ; l'ABS ; le SNISS.

LES RÉSULTATS DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

Le respect depuis plusieurs années des politiques et du programme de santé élaborés par le gouvernement du Mali est certainement une des grandes réussites à ce jour de l'approche sectorielle, mais il y en a d'autres. Selon les résultats d'un questionnaire soumis en mars 2006 à une quinzaine d'acteurs clés de l'approche sectorielle Santé⁸ et à l'appréciation des auteurs quant à l'évolution depuis lors, l'approche sectorielle a permis, à ce stade, d'améliorer les points suivants.

- **L'appropriation par le gouvernement de ses politiques et stratégies de santé :** De l'avis général, beaucoup de progrès ont été réalisés à ce niveau par l'approche sectorielle. Les institutions pérennes du MS pilotent le PRODESS. Toutefois, cette appropriation se limite à un noyau central mais n'est guère ressentie en périphérie, et certains PTF continuent parfois d'imposer leurs priorités.
- **La coordination et le rapprochement des visions des PTF quant au développement du secteur Santé :** Ici aussi, beaucoup de progrès ont été réalisés par l'approche sectorielle. Le PRODESS est la référence commune de tous les acteurs. Toutefois, certaines divergences de fond se font ressentir à plusieurs niveaux, comme notamment l'allocation des ressources (certains PTF estiment que trop de ressources restent concentrées au niveau des structures centrales et des hôpitaux de troisième référence) ; les moyens de lever les barrières financières à l'accès aux soins de santé (par exemple, quelques PTF prônent la gratuité des soins alors que la politique nationale est basée sur le recouvrement des coûts) ; ou encore la divergence entre les approches ciblées sur quelques maladies et/ou catégories de la population d'une part, et l'approche systémique en appui au système de santé dans son ensemble d'autre part.
- **Le renforcement des capacités du gouvernement en matière de planification du secteur de la Santé :** D'importants progrès ont été réalisés à ce niveau. Le PRODESS II et les nouvelles politiques qui l'appuient (Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé (PDRHS), Politique nationale de recherche en santé (PNRS), Plan stratégique national de renforcement du système de Santé (PSN/RSS), etc.) ont été développés principalement par les structures centrales du MS, et l'entièreté du processus est gérée par le Secrétariat permanent du PRODESS. On ressent par contre le besoin d'augmenter la flexibilité dans la planification au niveau décentralisé afin de pouvoir développer des plans qui soient davantage orientés par les besoins réels, mais aussi d'arriver à bien prioriser les dépenses.

8 | Voir Paul et Dujardin (2006)

- **Le renforcement des capacités de gestion financière du gouvernement :** Des améliorations sont également perceptibles à ce stade. Les taux de mobilisation et de décaissement réalisés par la DAF se sont nettement améliorés et sont satisfaisants⁹. La qualité des rapports financiers s'est également améliorée.
- **L'efficacité dans l'utilisation des ressources financières :** Il est difficile d'apprécier cette question car l'on ne dispose pas encore d'étude d'efficacité de la dépense de Santé au Mali. Cependant, les acteurs interrogés perçoivent que peu de progrès ont été atteints à ce niveau, et qu'ils sont principalement dus à une meilleure coordination des actions des PTF. En outre, bien que les plans opérationnels soient élaborés à la base, le mécanisme ne favorise pas vraiment la prise en compte des besoins réels et des problèmes constatés à la base, car d'une part, le format est déterminé de haut en bas et de manière assez mécanique et, d'autre part, la participation débouche souvent sur l'expression de besoins personnels orientés par l'offre de financements (notamment pour les formations), sans réelle cohérence ni priorisation face aux besoins.
- **L'augmentation des ressources consacrées au secteur de la Santé :** Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 1999-2004 (MS/INRSP, 2006) attestent d'une augmentation des dépenses totales et publiques de santé (voir aussi le chapitre suivant) et concluent que le financement total allant à la santé est satisfaisant, mais mal distribué. Toutefois, une analyse du Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du CSCRP suggère que les dépenses publiques de Santé (y compris les financements extérieurs) augmenteraient sur la période 2006-2011 d'une proportion moindre que l'ensemble des dépenses du gouvernement – mais ces prévisions sont basées sur les financements extérieurs déjà acquis, et ne comptent pas tous les accords conclus au fur et à mesure.
- **Des réformes en profondeur du système de santé :** L'approche sectorielle n'a, pendant ses dix premières années de mise en œuvre, que peu contribué à réaliser des réformes en profondeur du système de santé, qui avait fait l'objet de réformes importantes au début des années 1990 (voir Maiga et al., 1999). Par contre, plusieurs réformes importantes (notamment l'ambitieuse politique de ressources humaines) ont été lancées en 2008 et soutenues par les PTF dans le cadre de l'approche sectorielle et de la préparation du « Compact/IHP ».
- **La gestion des ressources humaines :** Ce problème a longtemps été évoqué sans être pris à bras le corps, mais la mise en œuvre de la PND-RHS devrait changer les choses (voir le Chapitre 6).

9 | Depuis quelques années, les présentations de la DAF Santé aux Comités techniques et de Suivi renseignent des taux d'exécution du budget de l'État de l'ordre de 98 ou 99%.

- **La qualité des soins :** Ce problème n'a pas encore été sérieusement amélioré et est un des défis majeurs du système de santé malien, étroitement lié à la question des ressources humaines.
- **La cohérence entre la politique de Santé et les autres politiques (lutte contre la pauvreté, ...)** : La cohérence entre les politiques a progressé avec le CSCR, mais l'on pourrait encore augmenter les ressources (financières et humaines) dédiées aux régions les plus pauvres.
- **Les coûts de transaction / de gestion de l'aide :** La mesure des coûts de transaction ou de gestion de l'aide est une tâche malaisée. Certains acteurs perçoivent que ces coûts ont un peu diminué, tout au plus – du moins pour les PTF utilisant les procédures nationales, car pour les autres, ils auraient plutôt augmenté. Il est toutefois normal que lors de la phase de mise sur pied d'une approche sectorielle, les coûts de transaction commencent par augmenter substantiellement, tant pour le gouvernement que pour les PTF – mais certains de ces coûts sont en fait créateurs de valeur ajoutée, d'externalités positives.
- **La prédictibilité du financement extérieur :** La prédictibilité commence un peu à s'améliorer, et le devrait encore avec l'ABS et le Compact si les engagements sont pluriannuels et respectés.
- **La volonté des PTF d'approfondir l'harmonisation des procédures :** Il existe une volonté officielle d'harmoniser les procédures, tant au niveau des représentants locaux des PTF que des déclarations officielles de leurs sièges. Toutefois, certaines administrations centrales ont encore de fortes contraintes administratives qui les empêchent d'avancer sur ce sujet. La mise en œuvre du Compact et de procédures harmonisées pour plusieurs agences des Nations unies (*Harmonized Approach to Cash Transfers* – HACT) devraient également faire progresser l'harmonisation.

QUELQUES LEÇONS ISSUES DE L'EXPÉRIENCE D'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

On peut tirer de l'expérience malienne d'approche sectorielle Santé quelques leçons qui peuvent être utiles à capitaliser, tant pour le secteur même (afin d'éviter à l'avenir certains écueils) que pour d'autres secteurs ou d'autres pays. Ces leçons sont synthétisées ci-dessous.

1. Parmi les différents critères qui caractérisent le processus d'approche sectorielle, la définition d'une politique et d'un programme sectoriels communs et le respect de ceux-ci, ainsi que la coordination des PTF, comptent sans doute parmi les critères les plus faciles à réaliser. Par contre, les deux pierres d'achoppement qui sont sources de tension sont, dans le cas du Mali, la problématique des procédures de mise en œuvre et de fonctionnement, et surtout la réalisation de réformes en profondeur du système. En effet, il est bon de rappeler que l'approche sectorielle n'est pas un but en soi mais une méthode dont l'objectif est d'améliorer le partenariat entre acteurs concernés, tant nationaux qu'internationaux, pour un meilleur fonctionnement des systèmes de santé au bénéfice de la population et des plus démunis. Il ne faut dès lors pas oublier la fin (améliorer les services de santé) au profit des moyens (se concentrer sur la forme de l'approche sectorielle), d'autant plus que les efforts faits par les différents partenaires d'une approche sectorielle peuvent être réduits à néant si les problèmes vitaux des systèmes de santé (ressources humaines, qualité des soins, manque de régulation du secteur privé lucratif, etc.) ne sont pas résolus. Ainsi, les évaluations du secteur ont tendance à répéter les mêmes constats d'année en année, donnant l'impression que l'approche sectorielle ne parvient pas à résoudre les contraintes fondamentales du système de santé – ce qui risque de démotiver les acteurs de l'approche sectorielle.
2. La mise en place d'une approche sectorielle exige de profonds changements de comportement et de pensée tant chez les PTF que chez les responsables nationaux. Elle risque de faire naître de nombreuses tensions entre les différents acteurs, qu'il est important d'identifier et d'exposer en toute transparence. Une analyse des parties prenantes est très utile à cet effet, afin de mettre en évidence les intérêts et contraintes propres de chaque acteur. En particulier, il existe souvent des tensions entre les représentations locales des PTF et leur siège central (administration, contrôleur financier), notamment en ce qui concerne l'harmonisation des procédures et la prédictibilité de l'aide.
3. Deux facteurs sont essentiels à la mise en place d'une approche sectorielle : un ou plusieurs partenaires qui fassent office de leaders car convaincus de cette approche et prêts à gérer la transition – en particulier au sein du gouvernement ; mais il est également nécessaire d'avoir un consensus suffisant parmi les autres PTF et, bien entendu, au sein du secteur considéré. L'équilibre entre ces deux éléments n'est pas toujours facile à trouver.
4. Le passage à une approche sectorielle devrait s'accompagner d'un changement de conception de la fonction de contrôle : les PTF devraient cesser d'assurer un suivi à la ligne budgétaire près de toutes les actions entreprises,

pour se concentrer sur les questions de dialogue politique et d'évaluation des résultats. De même, alors que l'approche-projet s'accompagne d'une redevabilité à l'égard des citoyens du Nord, l'approche sectorielle et budgétaire devrait renforcer la redevabilité du gouvernement bénéficiaire vis-à-vis de ses propres citoyens.

5. De manière générale, la mise en place d'une approche sectorielle demande de nouvelles compétences et exige plus de travail de la part du gouvernement et des représentations locales des PTF. La présence d'assistants techniques pour le dialogue sectoriel, le suivi des politiques et l'appui au développement des capacités, apparaissent cruciaux. Il est important pour les PTF de constituer petit à petit des ressources humaines compétentes dans le domaine de l'approche sectorielle, tant d'un point de vue financier que thématique.
6. Au-delà de l'approche sectorielle comme méthode de travail, les PTF peuvent difficilement concevoir de faire de l'appui budgétaire (global ou sectoriel) sans utiliser corolairement des outils de renforcement des capacités, tant financières que sectorielles. Ceci implique non seulement d'apporter une assistance technique au niveau des secteurs, mais aussi de travailler à l'amélioration des systèmes institutionnels dans leur ensemble, en particulier pour ce qui concerne les incitants des acteurs.
7. Au début de la mise en place d'une approche sectorielle, les coûts de transaction (coûts d'opportunité liés à la gestion de l'aide) risquent d'augmenter significativement, tant du côté du gouvernement que des PTF, de par l'intensification des réunions de concertation, le besoin de ressources humaines compétentes pour participer au dialogue politique, etc. Cette situation peut apparaître paradoxale, mais ces coûts accrus de coordination sont loin d'être perdus car la réduction des gaspillages liés au manque de coordination d'une multitude de projets se fait sentir très tôt, dès la mise en place d'une approche sectorielle. En outre, ces coûts de transaction élevés en période de transition sont accompagnés de bénéfices secondaires non négligeables : amélioration des compétences des différents acteurs, constitution d'une mémoire institutionnelle et d'un capital de confiance, meilleure compréhension pour chacun des attentes et des contraintes des autres acteurs, etc.
8. Lors de la mise en place d'un nouveau système (approche sectorielle, appui budgétaire), les partenaires ont parfois tendance à ne pas tenir compte des expériences passées et à repartir de zéro – pour la bonne raison qu'on constate un manque de capitalisation des expériences, lui-même dû à des raisons diverses (changement de personnel, manque de temps, etc.). La mise en place d'un groupe de réflexion prospectif peut permettre de capitaliser les expériences et de mener une étude stratégique réfléchie concernant les grands enjeux du développement.
9. De nombreux problèmes de l'approche sectorielle Santé sont en fait accrus par l'intervention désordonnée des PTF. Ainsi par exemple, les PTF se

plaignent parfois amèrement de la faiblesse et du manque de compétence de la DAF, si bien qu'ils l'assaillent d'une multitude d'exigences et de procédures – ce qui ne fait qu'aggraver cette situation. Les exigences des PTF et les missions impromptues de certains d'entre eux surchargent également les cadres et les détournent de leur travail d'analyse de base du secteur. Ce phénomène est d'autant plus important que les PTF ont tendance à multiplier les ateliers, séminaires et formations assortis de « *per diem* », censés couvrir les frais de déplacement des participants, mais qui se transforment en des compléments de salaire que les fonctionnaires essaient de capter en dépit de toute efficacité. En outre, le manque de prédictibilité des engagements des PTF, tant dans le temps qu'en volume, est une contrainte très importante empêchant le secteur de la Santé de planifier et d'exécuter à temps les budgets attribués. Devant ces situations dont ils sont en bonne partie responsables, les PTF ont tendance à incriminer l'inefficacité des partenaires nationaux, alors que les solutions devraient venir de leur côté.

10. Les initiatives internationales ciblées sur certaines maladies (sida, paludisme, tuberculose, ...) posent un réel défi : comment utiliser ces ressources additionnelles pour répondre aux exigences de la lutte contre ces différentes pathologies, tout en renforçant le développement du système de santé dans son ensemble et en évitant ainsi que le système de santé ne se résume à un appui au développement de quelques programmes verticaux ? Une vaste réflexion est menée à ce sujet au niveau mondial (voir par exemple OMS, 2006a ; WHO, 2008). Un aperçu de la question au Mali est fourni dans le Chapitre 5.
11. Un des objectifs de l'approche sectorielle est de renforcer la souveraineté de l'État, sa capacité d'appropriation et de redevabilité vis-à-vis des parties prenantes nationales. Les conditions de pauvreté extrême d'un pays comme le Mali, tant du point de vue des ressources humaines que du budget, font qu'il est difficile pour les PTF de respecter cette souveraineté et ils ont parfois tendance à imposer leur volonté. L'appropriation de l'approche sectorielle Santé au Mali se limite ainsi encore principalement aux cadres de haut niveau du MS. Quant aux chaînes de redevabilité, elles relèvent quasiment exclusivement des processus hiérarchiques internes à l'administration et des rapports aux PTF – sans vraiment impliquer les citoyens et les utilisateurs de services de santé. Or, un véritable renforcement de la souveraineté et de la redevabilité nationales nécessite un renforcement des capacités non seulement du secteur public à tous les niveaux (y compris opérationnel), mais aussi de la société civile, des prestataires et bénéficiaires de services.
12. Un enjeu difficile à prendre en compte dans une approche sectorielle est la nécessité, au même moment, de renforcer le niveau central tout en appuyant la décentralisation du système de santé. En effet, la dynamique actuelle du PRODESS nécessite de mobiliser d'importantes ressources humaines et matérielles au niveau central. Il existe un risque avéré de technocratisation du système, qui se résumerait à dépenser une énergie considérable à des activités de programmation (plus formelle qu'analytique) et de suivi d'indicateurs quantitatifs, sans que cela se traduise par une amélioration au niveau opérationnel.

LES PERSPECTIVES

Ce premier chapitre a donné un aperçu de l'origine et de la situation de l'approche sectorielle dans le domaine de la Santé au Mali, ainsi que des leçons qui peuvent être tirées de cette expérience. Bien sûr, l'approche sectorielle est tout sauf un modèle figé, elle continue sans cesse d'évoluer. Elle sera certainement influencée à l'avenir par la mouvance vers l'harmonisation et l'alignement initiée au niveau global par le gouvernement malien et ses partenaires dans la foulée de la Déclaration de Paris. Ainsi par exemple, le Mali et ses partenaires sont en train de réfléchir à une redéfinition sectorielle de l'intervention des PTF, qui sont invités à concentrer leurs activités dans quelques (sous-)secteurs en fonction de leurs avantages comparatifs et compétitifs (Pool technique, *Matrice financière des donateurs*). Ceci risque de changer le paysage des partenaires de la Santé en réduisant leur nombre à quelques « gros » partenaires spécialisés – si toutefois l'ensemble des PTF souscrivent à cette tentative de rationalisation de leur appui – et donc d'influencer le processus d'approche sectorielle. Celle-ci pourra ressortir renforcée de cette évolution (si les PTF restent dans le secteur de la Santé continuent de s'impliquer dans le dialogue sectoriel) mais il se peut également que le processus d'approche sectorielle soit déforcé (si les PTF « dominants » interviennent selon leur propre logique).

Par ailleurs, l'évolution de l'approche sectorielle Santé sera très certainement influencée par la mise en œuvre du Partenariat international pour la Santé (IHP pour *International Health Partnership* en anglais)¹⁰. Il s'agit d'une initiative internationale, soutenue par de nombreux PTF et visant à mettre en œuvre les principes de la Déclaration de Paris au niveau du secteur de la santé. L'IHP se veut être un partenariat piloté par le pays bénéficiaire, engageant les parties signataires à accélérer les actions pour augmenter l'utilisation des services de santé et améliorer les résultats relatifs aux OMD Santé et à la couverture universelle en soins de santé. Le Mali est le premier pays d'Afrique francophone à avoir rejoint l'IHP. Sa mise en œuvre y a commencé début 2008, avec l'élaboration concertée avec l'ensemble des acteurs, sous le leadership du ministère de la Santé, d'un « Compact » signé le 20 avril 2009. Ce Compact est un contrat entre le gouvernement et les partenaires de l'IHP (plus quelques autres qui l'ont souhaité), qui définit un cadre commun d'intervention, d'augmentation et d'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, en vue d'atteindre plus rapidement des progrès dans les OMD. Au Mali, *le Compact se fonde entièrement sur l'existant et se situe dans la droite ligne de l'approche sectorielle*. Il s'agit en fait de formaliser les engagements de toutes les parties à soutenir le cadre programmatique de développement du secteur et ses différents éléments (soit le PRODESS II appuyé par les quelques plans spécifiques qui y sont liés) dans un cadre de coordination, de gestion et de suivi des résultats commun, en donnant des garanties de moyens en termes de prévisibilité et de mise à disposition harmonisée de l'aide et des financements publics,

10 | L'IHP et les initiatives qui l'accompagnent ont débouché sur la création d'un processus de coordination inter-agences et d'un programme de travail conjoint connu comme l'IHP+, géré par l'OMS à Genève. Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net>.

ainsi que des garanties de résultats. La prolongation du PRODESS II sur la période 2009-2011 et la préparation du Compact se sont ainsi notamment accompagnées de la sélection d'un cadre commun d'indicateurs de suivi, qui est présenté en annexe I. Étant donné que l'IHP partage les mêmes principes, les mêmes documents de référence et les mêmes organes de gestion et de coordination que l'approche sectorielle, on peut logiquement espérer que les deux processus se renforceront. La plus-value espérée du Compact est en outre d'augmenter la prévisibilité de l'aide et de renforcer le suivi de la redevabilité mutuelle de l'ensemble des signataires.

En conclusion, si certains acquis ont été générés par l'approche sectorielle jusqu'à présent, notamment en termes d'institutionnalisation du dialogue entre le MS et ses PTF et de renforcement des capacités de programmation du Secrétariat permanent du PRODESS, l'approche sectorielle Santé est toutefois vouée à continuer d'évoluer – ce qui conditionne son succès. Les principaux défis qui se présentent actuellement à l'approche sectorielle en tant que processus et au secteur de la Santé dans son ensemble sont abordés dans les chapitres suivants. Il s'agit principalement du financement du secteur (notamment à travers la bonne gestion de l'appui budgétaire sectoriel et l'utilisation des financements spécifiques pour le renforcement des systèmes nationaux), de la gestion et de la motivation des ressources humaines, ou encore des rapports avec le secteur privé. Le véritable succès de l'approche sectorielle sera évalué à l'aune de sa capacité à relever ces défis de manière réfléchie.

RÉFÉRENCES

Banque mondiale, 2004, La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali. Analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté au Mali. Région Afrique, Département du Développement humain, Série Documents de travail – No. 54, septembre 2004.

Cassels, Andrew, 1997, “A Guide to sector wide approaches for health development”, Geneva: World Health Organisation.

Commission européenne (CE), 2003, Lignes directrices pour l’appui de la Commission européenne aux Programmes sectoriels, Bruxelles, février.

EuropeAid, 2007, “Support to Sector Programmes Covering the three financing modalities: Sector Budget Support, Pool Funding and EC project procedures”, Tools and Methods Series, Guidelines No.2, Brussels: European Commission (July).

Foster, Mick, Adrienne Brown, and Tim Conway, 2000, “Sector-wide approaches for health development – A review of experience”, Geneva: World Health Organization (WHO/GPE/00.1).

Maiga, Zakaria, Fatoumata Traoré Nafo, et Abdelwahed El Abassi, 1999, « La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996 », Studies in Health Services Organisation & Policy, 12.

Ministère de la Santé (MS), PRODESS II prolongé 2009-2011, Composante Santé.

Ministère de la Santé (MS), Direction administrative et financière (DAF), Présentation de la DAF Santé au Comité technique du PRODESS de mai 2007. Ministère de la Santé (MS) / Institut national de recherche en santé publique (INRSP), 2006, Les Comptes nationaux de la santé au Mali 1999-2004.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2006, « Harmoniser l’aide pour renforcer son efficacité – Volume 2 : Le soutien budgétaire, les approches sectorielles et le développement des capacités en matière de gestion des finances publiques », Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD, Paris : OCDE.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2006a, « Renforcement des systèmes de santé : quelles perspectives pour les initiatives mondiales pour la santé ? », Pour un bon fonctionnement des systèmes de santé, Document de travail No.4 WHO/EIP/healthsystems/2006.1, Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2006b, Présentation du rôle de l’OMS dans les approches sectorielles du développement sanitaire, Genève : OMS.

Paul, Elisabeth, et Bruno Dujardin 2005, Première mission au Mali (12-29

janvier 2005). Rapport de mission, Version finale, 18 avril. Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP).

Paul, Elisabeth, et Bruno Dujardin, 2006, L'approche sectorielle Santé au Mali : Rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali (6-16 mars 2006), GRAP-SWAP (19 juin).

Pool technique, Matrice financière des donateurs, Rapport intermédiaire, juin 2007.

République du Mali, Accord-cadre entre le gouvernement du Mali et les partenaires au développement relatif aux appuis budgétaires, 2005.

World Health Organization (WHO), 2008, Report on the expert consultation on positive synergies between health systems and Global Health Initiatives, Geneva: WHO, 29-30 May.

LE FINANCEMENT DE L'APPROCHE SECTORIELLE SANTÉ AU MALI

***SALIF SAMAKÉ, ELISABETH PAUL,
IGNACE RONSE***

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction de cet ouvrage, il est important de clairement distinguer l'approche sectorielle en tant que processus (méthode de travail) de ses modalités de financement. Le premier chapitre s'est penché sur le processus, en retraçant l'évolution et en analysant la dynamique d'approche sectorielle. Le présent chapitre se penche sur ses modalités de financement. Il commence par présenter brièvement les grandes tendances des dépenses de santé au Mali, pour se pencher ensuite plus en détail sur les financements publics et extérieurs du PRODESS.

LES DÉPENSES DE SANTÉ AU MALI

Les Comptes nationaux de la Santé (CNS) (MS/INRSP, 2006) fournissent une analyse détaillée de la composition de la dépense totale de santé au cours des années 1999 à 2004. Nous en sélectionnons ci-dessous quelques extraits afin de donner un bref aperçu des tendances du financement de la Santé au Mali.

Le Tableau 2.1 présente l'évolution de la structure du financement global de la santé entre 1999 et 2004, entre les différentes sources de financement suivantes : l'État, les collectivités, les ménages et le reste du monde (principalement les PTF). On constate notamment que la part de l'État dans le financement de la Santé a augmenté sur cette période pour atteindre 22% en 2004, que la part du financement extérieur est assez volatile et s'est stabilisée à 14% cette même année, et que les fonds privés restent de loin la première source de financement de la Santé (bien que cette part diminue) avec 55% en 2004.

Tableau 2.1
Structure du financement de la santé, 1999-2004

MILLIARDS DE FCFA	FONDS PUBLICS		COLLECTIVITÉS DÉCENTRALISÉES		FONDS PRIVÉS		RESTE DU MONDE		ENSEMBLE	
	MONTANT	%	MONTANT	%	MONTANT	%	MONTANT	%	MONTANT	%
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

Tableau 2.2
Évolution de la structure du financement des dépenses de santé

	1986	1990	PÉRIODE 1999-2004
% de la Santé dans le budget de l'État	4%	4%	7%
STRUCTURE DU FINANCEMENT			
Ménages	52%	49%	57%
Autres privés (INPS, employeurs, etc.)	24%	27%	5%
Fonds publics/État	16%	11%	18%
Autres publiques/collectivités décentralisées	1%	< 1%	6%
Reste du monde	8%	13%	13%

Source : CNS 2006

Le Tableau 2.2 donne les tendances sur une plus longue période, en comparant la structure de financement de la Santé en 1986, 1990 et sur la moyenne de la période 1999-2004. Cette structure est assez volatile mais confirme la part importante du financement des ménages et l'augmentation relative du financement de l'État.

Le Tableau 2.3 présente l'évolution de la structure des dépenses par catégorie de prestataires. On constate que ce sont les distributeurs et détaillants de biens et services médicaux qui enregistrent la plus grande part des dépenses de santé (un tiers de la dépense), suivis par les prestataires de soins ambulatoires (30%). Les hôpitaux comptent pour près d'un quart de la dépense et l'administration de la santé pour plus de 10%.

Tableau 2.3
Évolution de la structure des dépenses de santé par catégorie de prestataires

ANNÉES MILLIARDS DE FCFA PRESTATAIRES	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	MON-TANT	%	MON-TANT	%	MON-TANT	%	MON-TANT	%	MON-TANT	%	MON-TANT	%
Prestataires soins hospitaliers	23,18	21,2	45,75	38,5	40,54	28,7	34,28	23,8	35,72	23,8	38,60	23,4
Prestataires soins ambulatoires	23,80	21,8	22,30	18,8	30,69	21,7	40,44	28,0	37,57	25,1	49,57	30,0
Distributeurs & détaillants	51,75	47,3	44,70	37,6	51,84	36,7	56,72	39,3	56,56	37,8	55,49	33,6
Promotion & prévention	0,29	0,3	1,06	0,9	1,25	0,9	1,23	0,9	1,29	0,9	1,60	1,0
Administration de la santé	9,54	8,7	3,81	3,2	15,72	11,1	9,75	6,8	15,35	10,2	17,12	10,4
Écoles de santé	0,41	0,4	0,43	0,4	0,58	0,4	0,61	0,4	1,44	1,0	1,33	0,8
Instituts de recherche (HPR3)	0,43	0,4	0,72	0,6	0,75	0,5	1,14	0,8	1,84	1,2	1,55	0,9
Ensemble	109,42	100,0	118,80	100,0	141,41	100,0	144,20	100,0	149,79	100,0	165,28	100,0

Source : CNS 2006

On constate donc que ni les fonds publics, ni les prestataires publics ne constituent la part prédominante du secteur de la Santé au Mali. Les fonds privés et en particulier les ménages constituent la principale source de financement du secteur de la Santé et permettent d'atteindre une dépense de santé totale de 165 milliards FCFA, soit 13.600 FCFA (à peu près 28 USD) par habitant et par an – ce qui n'est pas loin des 34 USD préconisés par l'OMS. Cependant, la répartition de ces financements laisse à désirer : les CNS nous donnent une dépense de santé par habitant et par an cinq fois plus élevée à Bamako (71.500 FCFA, ou 65.000 FCFA hors administration générale) qu'en milieu rural (5.500 FCFA dans la zone 1 de pauvreté, 16.000 FCFA dans la zone 2). En outre, une part très importante de la dépense totale de santé (65 milliards FCFA sur 165, soit près de 40% – contre seulement 46 milliards pour les actes médicaux) est dépensée dans les médicaments, dont seulement 3% sont contrôlés par le MS et dont 50% proviennent du marché illicite. Par ailleurs, l'Enquête mondiale sur la Santé réalisée par le MS avec l'appui de l'OMS nous informe que les pauvres n'ont pas le même profil de consommation de santé que les riches : pour les riches, la catégorie de dépense la plus importante dans le budget santé est constituée par les hospitalisations, alors que pour les pauvres, il s'agit de l'achat de médicaments pour le traitement ambulatoire (MS/OMS, 2007). Ceci montre que réguler le marché du médicament atteindrait principalement les pauvres, tandis que les financements publics aux hôpitaux aident surtout les riches.

Les financements privés ne participent toutefois pas directement à l'élaboration de la politique sanitaire et à la gestion de l'approche sectorielle. Dès lors, les sections qui suivent se penchent sur les deux principaux acteurs de l'AS Santé : l'État et les PTF. Avant une analyse plus détaillée par acteur, notons que les données budgétaires passées (issues des Lois de Finances) et projetées (issues du Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) du ministère des Finances) présentées dans le CSCRP permettent d'analyser les tendances passées et à venir de la place du secteur de la Santé dans le budget général de l'État (BGE)¹.

Tableau 2.4
Cadre budgétaire à moyen terme

MILLIARDS DE FCFA	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BGE	679,3	737,6	787,2	850,6	935,8	976,6	1014,4	1075,1	1153,3	1241,7
<i>croissance :</i>		8,6%	6,7%	8,1%	10,0	4,4	3,9	6,0	7,3	7,7
Santé	39,38	52,09	53,44	57,1	72,68	65,3	70,1	72,3	79,8	87,4
<i>croissance :</i>		32,3	2,6	6,8	27,3	-10,2	7,4	3,1	10,4	9,5
% Santé / BGE	5,80	7,06	6,79	6,71	7,77	6,69	6,91	6,72	6,92	7,04

Source : CSCRP 2007

1 | Ces données incluent les ressources de l'État, mais aussi une partie des financements extérieurs.

Alors que la part de la Santé dans le BGE a augmenté entre 2002 et 2006 – période pendant laquelle le budget de la Santé a crû à un rythme moyen de 17% par an, contre 8,3% pour le BGE – on prévoit une relative baisse de cette proportion dans les années à venir. La croissance annuelle moyenne sur la période 2006-2011 du secteur de la Santé serait ainsi de seulement 4%, contre 5,8% pour le BGE. Toutefois, cette tendance est à mitiger car les prévisions du CBMT sont basées sur les financements extérieurs acquis à l'époque de son élaboration ; or, il est très vraisemblable que le secteur de la Santé recevra davantage de fonds à l'avenir, d'autant plus avec la mise en œuvre du Compact/IHP et la dynamique en cours au niveau international pour mobiliser des ressources additionnelles pour la santé globale à travers des financements innovants en faveur de l'accélération de l'atteinte des OMD (*Taskforce for Innovative International Financing for Health Systems*, 2009).

Notons enfin que les différents outils de programmation (PO, CDMT et budget du MS) ne sont pas directement comparables vu qu'ils réfèrent à des réalités diverses. En particulier, alors que le budget national ne traite que les dépenses de l'État, les PO incluent en outre les attentes de financement provenant de toutes les autres sources : recouvrement des coûts, communautés, collectivités territoriales et partenaires. Une vision plus globale de l'évolution du financement total du secteur est dès lors fournie dans le tableau suivant, qui montre l'évolution du montant total des plans opérationnels de la Composante Santé du PRODESS de 2004 à 2009.

Tableau 2.5
Évolution des PO de 2004 à 2009

MILLIARDS DE FCFA	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total PO	101,113	85,754	98,464	97,044	105,409	122,551
% t1 - t0		-15,19	14,82	1,44	8,62	16,26

Source : DAF/PO 2004 à 2009

LE FINANCEMENT DE L'ÉTAT

Outre son rôle de régulateur du secteur, l'État constitue également une source de financement et un prestataire de soins et services de santé de premier plan. Il gère aussi d'ailleurs plus de la moitié du financement extérieur, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait des CNS.

Tableau 2.6
Structure du contrôle des fonds injectés par le MS, 1999-2004

(MILLIARDS FCFA COURANTS)	FONDS GÉRÉS PAR LE MS		FONDS GÉRÉS HORS MS		ENSEMBLE	
	MONTANT	%	MONTANT	%	MONTANT	%
Fonds publics	22,7	94,2	1,4	5,8	24,1	100,0
Reste du monde	9,0	51,4	8,5	48,6	17,5	100,0
Total	31,7	55,5	25,4	44,5	57,1	100,0

Source : CNS 2006

Le Budget général de l'État (BGE) finance en fait le secteur de la Santé à travers plusieurs canaux, comme illustré à travers les analyses suivantes. *L'Annexe II présente également des données plus complètes sur l'exécution des PO en 2005, 2006 et 2007.*

LE BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le Tableau 2.7 présente la structure et l'évolution du budget du MS de 2006 à 2009.

Tableau 2.7
Le budget du ministère de la Santé

MILLIONS FCFA	LDF 2006	LDF 2007	LDF 2008	LDF 2009
61 Dépenses de personnel	2.664,31	2.350,64	2.912,51	3.137,03
TOTAL DÉPENSES DE PERSONNEL	2.664,31	2.350,64	2.912,51	3.137,03
62 Achats B&S	8.930,22	9.992,58	12.429,66	11.860,34
66 Charges exceptionnelles	300	240	892,53	888,80
TOTAL DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT	9.230,22	10.232,58	13.322,19	12.749,14
63 Subventions	1.949,31	2.253,64	2.406,83	3.621,39
64 Autres transferts courants	5.442,16	4.493,71	2.156,99	2.244,98
TOTAL TRANSFERTS COURANTS	7.391,47	6.747,35	4.563,82	5.866,37
21 Immob. incorporelles	100	100	50	115
23 ACGR immeubles	27.434	10.496,76	19.107	25.990
62 Achat B&S	2.715	1.993,77	1.604,53	1.769,14
64 Autres transferts courants	250	204	0	0
TOTAL INVEST. EXÉCUTÉS PAR L'ÉTAT	30.499	12.795	20.761,53	27.874,29
TOTAL MINISTÈRE DE LA SANTÉ	49.785	32.125,1	41.560,05	49.626,83

Source : LdF 2006, 2007, 2008* et 2009 (*Ce tableau utilise les LdF 2007 et 2008 initiales.)

On constate donc une nette diminution du budget alloué au MS entre 2006 et 2007, s'élevant à 17,66 milliards FCFA. Ceci s'explique par une augmentation des financements déconcentrés et gérés directement par les régions. La Loi de Finances (LdF) donne également une récapitulation du budget d'État allant au MS en fonction de 45 codes économiques ainsi qu'une présentation plus détaillée du budget en fonction d'une quarantaine d'unités fonctionnelles du MS.

LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS AUTONOMES (EPA) NATIONAUX

Les EPA nationaux ont bénéficié au total d'un budget de 127,4 milliards FCFA en 2009, de 96,53 milliards FCFA en 2008, de 94,92 milliards FCFA en 2007 et de 79,405 milliards FCFA en 2006. Le budget des EPA de Santé du niveau national est présenté à la page suivante.

Tableau 2.8
Budget des EPA Santé – Niveau national

MILLIONS FCFA	LDF 2006	LDF 2007	LDF 2008	LDF 2009
ANNSA	305,47	355,59	400,8	503,24
Transferts courants (63: Subventions)	205,47	235,59	265,8	271,1
Invest. Exécutés par l'État (21+ 23+ 62)	100	120	135	232
HOPITAL GABRIEL TOURE	2.032,74	2.447,20	2.472,30	2.692,84
Transferts courants (63: Subventions)	1.477,2	1.594,66	1.672,37	1.827,84
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62)	555,54	852,54	799,93	865
HOPITAL DU POINT G	1.894	2.819,27	2.864,18	3.227,26
Transferts courants (63: Subventions)	1.201	1.684,27	1.894,18	2.187,26
Invest. Exécutés par l'État (21 + 23+ 62)	693	1.135	970	1.040
HOPITAL DE KATI	855,19	1.151,72	1.186,4	1.215,98
Transferts courants (63: Subventions)	505,19	551,72	626,4	669,45
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62)	350	600	560	546,53
INRSP	1.028,3	1.058,84	1.384,56	1.311,37
Transferts courants (63: Subventions)	628,3	658,84	699,56	729,95
Invest. Exécutés par l'État (21 + 23 + 62)	400	400	685,00	581,42
CREDOS			124	458,42
Transferts courants (63: Subventions)			54	123
Invest. Exécutés par l'État (21 + 62)			70	335,42
CNOS	1.040,1	1.214,3	1.251,43	1.337,99
Transferts courants (63: Subventions)	684,10	763,66	845,79	852,35
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62)	356	450,64	405,64	485,64
LABO. NAT. DE LA SANTÉ	292,38	352,59	671,64	712,61
Transferts courants (63: Subventions)	221,38	281,59	306,64	323,61
Invest. Exécutés par l'État (21 + 23 + 62)	71	71	365	389
CNTS	447,19	465,16	630,66	692,49
Transferts courants (63: Subventions)	447,19	465,16	530,66	522,49
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62)	0	0	100	170
CNAM	522,46	552,32	813,77	890,90
Transferts courants (63: Subventions)	412,46	442,32	593,77	603,90
Invest. Exécutés par l'État (21+ 23 + 62)	110	110	220	287
ANEH	210	375,43	555,1	397,94
Transferts courants (63: Subventions)	100	115,43	160,1	169,4
Invest. Exécutés par l'État (21+ 23 + 62)	110	260	395	228,51
INFSS	929,38	1.139,49	1.293,9	1.514,72
Transferts courants (63: Subventions + 64: Autres)	899,38	1.059,49	1.043,9	1.148,1
Invest. Exécutés par l'État (21+ 23 + 62)	30	80	250	367
IOTA	582,73	922	858,48	853,96
Transferts courants (63: Subventions)	582,73	692	698,48	708,96
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62)	0	230	160	145
TOTAL EPA SANTÉ NIV. NAT.	9.834,47	12.498,31	14.507,21	15.809,71

Source : LdF 2006, 2007, 2008* et 2009 (*Ce tableau utilise les LdF 2007 et 2008 initiales.)

Plus précisément, en 2008, la répartition par source de financement du budget des EPA nationaux se présentait comme suit.

Tableau 2.9
Budget des EPA Santé nationaux par source de financement en 2008

MILLIONS FCFA	B.O.	BSI INT.	BSI EXT.	ABS	TOTAL
ANNSA	380,8	0	0	20	400,8
HÔPITAL GABRIEL TOURE	2.262,3	200		10	2.472,3
HÔPITAL DU POINT G	2.654,18	200	0	10	2.864,18
HÔPITAL DE KATI	976,4	200	0	10	1.186,4
INRSP	1.114,56	250	0	20	1.384,56
CREDOS	104	0	0	20	124
CNOS	1.181,43	60	0	10	1.251,43
LABO. NAT. DE LA SANTE	401,64	250	0	20	671,64
CNTS	530,66	80	0	20	630,66
CNAM	703,77	90	0	20	813,77
ANEH	320,1	200	0	35	555,1
INFSS	1.073,9	200	0	20	1.293,9
IOTA	698,48	150	0	10	858,48
TOTAL EPA SANTÉ NIV. NAT.	12.402,21	1.880	0	225	14.507,21

Source : LdF 2008

LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS (EPH) RÉGIONAUX

Le budget des EPH du niveau régional est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2.10
Budget des Établissements publics hospitaliers (EPH) régionaux

MILLIONS FCFA	LDF 2006	LDF 2007	LDF 2008	LDF 2009
HÔPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES	244,97	393,19	454,48	505,80
Transferts courants (63 + 64) = BO	244,97	348,19	439,48	411,95
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	45	15	93,85
HÔPITAL DE SIKASSO	278,78	415,75	516,11	593,39
Transferts courants (63 + 64) = BO	278,78	380,75	496,11	501,83
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	35	20	91,56
HÔPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU	318,32	450,74	481,44	537,23
Transferts courants (63 + 64) = BO	318,32	410,74	461,44	459,97
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	40	20	77,26
HÔPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI	226,77	351,88	364,79	461,57
Transferts courants (63 + 64) = BO	226,77	306,88	349,79	366,57
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	45	15	95
HÔPITAL DE TOMBOUCTOU	130,10	305,74	285,63	309,54
Transferts courants (63 + 64) = BO	130,10	215,74	270,63	294,54
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	90	15	15
HÔPITAL DE GAO	181,78	334,21	338,06	346,78
Transferts courants (63 + 64) = BO	181,78	269,21	323,06	331,78
Invest. Exécutés par l'État (23 + 62) = ABS	0	65	15	15
TOTAL EPH RÉGIONAUX	1.380,72	2.251,49	2.440,51	2.754,31

Source : LdF 2006, 2007, 2008* et 2009 (*Ce tableau utilise les LdF 2007 et 2008 initiales.)

LE BUDGET DES RÉGIONS ET DES CERCLES

Les régions ont également chacune un budget propre, qui s'est élevé en tout à 157,69 milliards FCFA en 2009, à 150,92 milliards FCFA en 2008, à 135,34 milliards FCFA en 2007, contre seulement 16,44 milliards FCFA en 2006. Les Directions régionales de la Santé (DRS) bénéficient non seulement d'un budget ordinaire, mais aussi d'un budget sur ABS depuis 2007. La déconcentration de l'ABS a atteint le niveau des CSREF à partir de 2008. Leur budget s'est réparti comme suit :

Tableau 2.11

Budget des Directions régionales de la Santé et des CSREF

MILLIONS FCFA	LDF 2006	LDF 2007	LDF 2008	LDF 2009
DRS District Bamako - BO	1.178,67	1.617,44	1.886,45	2.121,51
DRS District Bamako - ABS		210	18,56	57,58
CSREF District Bamako - ABS			71,44	204,17
Total District Bamako	1.178,67	1.827,44	1.976,45	2.383,26
DRS Kayes - BO	507,15	672,36	872,95	1.069,09
Hôpital de Nioro - BO		27,07	37,44	34,51
DRS Kayes - ABS		70	18	119,51
CSREF Kayes - ABS			42	152,1
Total région de Kayes	507,15	769,43	970,39	1.375,21
DRS Koulikoro - BO	609,12	782,87	1.057,8	1.174,4
DRS Koulikoro - ABS		200	54,36	158,10
CSREF Koulikoro - ABS			65,64	190,90
Total région de Koulikoro	609,12	982,87	1.177,80	1.523,38
DRS Sikasso - BO	659,33	873,7	1.214,35	1.427,59
DRS Sikasso - ABS		120	30,60	142,24
CSREF Sikasso - ABS			59,40	162,45
Total région de Sikasso	659,33	993,70	1.304,35	1.732,28
DRS Ségou - BO	586,75	876,26	1.168,52	1.328,50
DRS Ségou - ABS		150	30,15	121,95
Hôpital de Markala - BO		80,12	81,54	90,63
Hôpital de San - BO		74,50	81,74	88,38
CSREF Ségou - ABS			49,85	187,05
Total région de Ségou	586,75	1.180,88	1.411,79	1.816,51
DRS Mopti - BO	503,65	651,46	876,65	958,06
DRS Mopti - ABS		175	16,8	72,1
CSREF Mopti - ABS			63,2	242,5
Total région de Mopti	503,65	826,46	956,65	1.272,68
DRS Tombouctou - BO	307,37	447,25	539,48	614,61
DRS Tombouctou - ABS		120	5,06	44
CSREF Tombouctou - ABS			14,94	16,00
Total région de Tombouctou	307,37	567,25	559,48	674,61
DRS Gao - BO	290,39	400,93	587,97	638,69
DRS Gao - ABS		120	8	23
CSREF Gao - ABS			12,00	37,00
Total région de Gao	290,39	520,93	607,97	698,69
DRS Kidal - BO	107,41	185,24	254,61	303,57
DRS Kidal - ABS		60	8	8,51
CSREF Kidal - ABS			2	21,49
Total région de Kidal	107,41	245,24	264,61	333,57
Total niveau déconcentré hors EPH	9.392,25	15.523,14	18.184,34	23.256,79

Source : LdF 2006, 2007, 2008* et 2009 (*Ce tableau utilise les LdF 2007 et 2008 initiales.)

LES BUDGETS DES AUTRES INSTITUTIONS LIÉES À LA SANTÉ

Plusieurs institutions réalisent des activités en partie dans le domaine de la Santé. C'est le cas par exemple des dispensaires de l'armée et du Haut conseil national de lutte contre le sida (HCNLS), lequel a été doté en 2009 d'un budget de 7021,58 millions FCFA contre 8462,3 millions FCFA en 2008 et 8705,48 millions FCFA en 2007, principalement sous forme de dépenses en investissements (plus de 7 milliards FCFA).

RÉCAPITULATION DU BUDGET DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Au total, le budget du ministère de la Santé, de ses démembrements (niveau déconcentré) et des EPA se présente comme suit.

Tableau 2.12
Budget total du secteur de la santé

	LDF 2006	LDF 2007	LDF 2008	LDF 2009
MS - Budget ordinaire	20.166	20.430,57	25.162,52	
MS - BSI intérieur	3.039	1.574	2.305	
MS - BSI extérieur	21.422	7.281	10.603	
MS - ABS	5.158	2.839,53	3.489,53	
Total Ministère de la Santé	49.785	32.125,10	41.560,05	49.626,83
EPA nationaux	9.834,47	12.498,31	14.507,21	15.809,71
EPH régionaux	1.380,72	2.251,49	2.440,51	2.754,31
DRS et CSREF	9.392,25	15.523,14	18.184,34	23.256,79
Total secteur Santé	70.392,44	62.398,04	76.692,11	91.447,64

Source : LdF 2006, 2007*, 2008 et 2009 (*Ce tableau utilise la LdF 2007 initiale.)

L'INTERVENTION DES PTF DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Comme on l'a vu dans le Chapitre 1, à l'heure actuelle, la dynamique d'approche sectorielle – en tant qu'outil de travail en commun entre le MS/MDSSPA, les PTF et la société civile – est bien rodée. On recense actuellement pas moins d'une cinquantaine de PTF dans le secteur de la Santé : le PO 2007, par exemple, reprenait ainsi des attentes de financement de la composante Santé du PRODESS provenant de 48 partenaires, plus les trois qui offrent un appui budgétaire sectoriel (Canada, Pays-Bas, Suède). Il s'agit tant de bailleurs multilatéraux et d'agences des Nations unies² que de bailleurs bilatéraux³ et de nombreuses ONG⁴. Les membres actifs de l'approche sectorielle sont toutefois moins nombreux. Nous présentons successivement les montants du financement extérieur, ensuite les modalités d'intervention des PTF.

MONTANTS DU FINANCEMENT EXTÉRIEUR DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Il est difficile d'obtenir des chiffres précis quant aux dépenses effectivement réalisées par les PTF dans le secteur de la Santé et les informations varient selon les sources :

- D'après les CNS 1999-2004, la globalité des dépenses de santé était financée à hauteur de 14% par les PTF en 2004 (contre 8% en 1999), pour un montant total de 22,8 milliards FCFA.
- La matrice financière des donateurs réalisée sur la base d'enquêtes auprès des PTF par le Pool technique (2007), qui toutefois n'est pas exhaustive⁵, recense des décaissements des PTF en faveur des secteurs sanitaire et social à hauteur de 54,1 millions EUR soit 35,5 milliards FCFA en 2005 ; de 55,9 millions EUR soit 36,7 milliards FCFA en 2006 ; et une prévision de 60,4 millions EUR soit 39,6 milliards FCFA en 2007. Toujours selon cette source, les décaissements bénéficiant à la composante Santé du PRODESS se seraient élevés à 25 milliards FCFA en 2004 ; 31,3 milliards FCFA en 2005 ; 30,9 milliards FCFA en 2006 ; et une prévision de 35,5 milliards FCFA en 2007 (source : base de données de Colombo (2006) actualisée par le Pool technique en 2007).

2 | Parmi lesquels l'OMS, l'UNICEF, le PAM, l'UNFPA, l'ONUSIDA, GAVI, le Fonds mondial, la BAD, la BID, la Banque mondiale, etc. (et plus indirectement l'UE à travers son appui budgétaire global).

3 | Parmi lesquels les Pays-Bas, la Suède, le Canada, USAID, la France, la Belgique, Cuba, etc.

4 | Notamment Plan, Care, MSF Luxembourg, Save the Children, AKDN, HKI, etc. ; plus les agences d'exécution de USAID (ATN, PSI, etc.) ; plus une centaine d'ONG nationales réunies sous le sein du Groupe PIVOT.

5 | Vu qu'elle se limite aux aides bilatérales directes et fait abstraction des « petits bailleurs », qui pourtant sont légion dans le secteur de la Santé.

- D'après la synthèse présentée par la DAF Santé au Comité de Suivi de décembre 2008, le montant reçu des PTF en 2007 s'est élevé à 40,42 milliards FCFA, dont 39,37 milliards FCFA ont été exécutés – contre un montant budgété de 38,17 milliards FCFA.
- Enfin, d'après les PO 2008, la contribution attendue des PTF au PRODESS s'élevait à 32,9 milliards FCFA (soit 32% du PO), contre 38,17 milliards FCFA (soit 39% du PO) en 2007 et 45,97 milliards FCFA (soit 46,7% du PO) en 2006.

MODALITÉS D'INTERVENTION DES PTF

Les PTF soutiennent le PRODESS à travers diverses modalités d'intervention et de financement, qui sont plus ou moins intégrées dans les systèmes nationaux.⁶ On peut distinguer : (1) les projets et programmes utilisant leurs propres procédures (y compris le financement direct de partenaires – ONG, agences d'exécution –, d'assistances techniques, de médicaments, etc.) ; (2) le financement via un compte de la DAF, mais différent du « pot commun » PRODESS et géré avec des procédures propres ; (3) l'appui financier au pot commun, éventuellement ciblé sur des activités et/ou des régions ; (4) depuis 2009, l'approche harmonisée des procédures de remise d'espèces aux partenaires d'exécution (*Harmonized Approach to Cash Transfers* – HACT) des agences des Nations unies ; (5) l'appui budgétaire sectoriel (ABS, depuis 2006) ; (6) l'appui budgétaire global (ABG) assorti de conditionnalités relatives à la performance du secteur de la santé. Ces modalités de financement sont détaillées ci-après.

Les projets et programmes utilisant leurs propres procédures

Si plusieurs PTF qui intervenaient sous forme de projets essaient de plus en plus d'utiliser les procédures nationales, beaucoup d'autres continuent d'utiliser leurs propres procédures. En particulier, la lutte contre certaines pathologies (principalement le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose) fait l'objet de financements considérables de la part d'agences multilatérales et de programmes verticaux. Tant et si bien qu'on a créé une structure chargée de la gestion de la plupart des fonds dédiés à la lutte contre le VIH/SIDA : le Haut conseil national de lutte contre le sida (HCNLS) et son Secrétariat exécutif (SE) sont ainsi rattachés à la présidence afin de traduire la

6 | À noter toutefois que malgré la diversité des modalités de financement, les activités et les fonds de la plupart des PTF et des ONG (« partenaires de proximité ») les plus importantes sont incorporés dans les PO des régions.

multisectorialité du problème.⁷ Outre les ONG qui interviennent à une autre échelle, les principaux acteurs utilisant des procédures propres relèvent de trois groupes.

Premièrement, des fonds « verticaux » tels que le *Multisectorial AIDS Program* (MAP) de la Banque mondiale⁸, le projet d'appui multisectoriel VIH/SIDA de la Banque africaine de Développement (BAD)⁹ ou encore le Fonds mondial de lutte contre la Tuberculose, le VIH/Sida et le Paludisme¹⁰.

Deuxièmement, des agences multilatérales, telles que les agences des Nations unies (OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, PNUD, ONUSIDA)¹¹, l'Union européenne¹², la BAD¹³ ou encore la Banque islamique de Développement (BID)¹⁴.

Troisièmement, des bailleurs de fond bilatéraux, tels que USAID¹⁵, quelques PTF européens ayant des activités limitées dans le secteur de la santé¹⁶, Malte¹⁷, Cuba¹⁸, la Chine, le Japon et d'autres pays du Sud.

Le financement via un compte de la DAF, mais différent du pot commun

USAID intervient également à travers un compte spécial géré par la DAF, avec l'appui technique de comptables.

7 | Le SE délègue la gestion à deux agences privées : une agence de gestion financière et une agence de gestion des contrats, laquelle sous-traite les activités aux ministères sectoriels (dont le Ministère de la Santé, qui a un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA), des ONG, des cabinets privés, des associations de base, etc. La plupart des fonds ciblés sur le VIH/SIDA ne sont pas destinés à financer des infrastructures, mais principalement des activités d'information, éducation et communication (IEC) et des médicaments.

8 | Initié en décembre 2004 et démarré en juin 2006, il s'agit d'un don de 25 millions USD (soit environ 12,5 milliards FCFA) qui est géré par le SE.

9 | Il est lui aussi géré par le SE et s'élève à quelque 4,6 milliards de FCFA.

10 | Sa composante VIH/SIDA pour le round 4 (2004-2009) a été financée à hauteur de 52 millions USD sur 5 ans, et pour le round 8 (2009-2014), à hauteur de 120 millions EUR.

11 | Elles utilisent leurs propres procédures et ont un programme propre, courant pour la plupart sur la période 2003-2007. L'essentiel de leur appui est un appui technique, mais elles gèrent également des budgets assez importants pour certaines activités comme la vaccination.

12 | Jusqu'en 2006, l'UE a financé (outre son ABG) des projets sur le Fonds européen de Développement (FED), notamment un Programme d'appui au secteur de la Santé pour une somme de 10,5 millions EUR sur la période 2002-2006 ; depuis lors, l'UE n'intervient plus dans la Santé qu'à travers son ABG assorti d'indicateurs de résultats dans le secteur (voir ci-dessous).

13 | Elle donne un appui au PRODESS de la région de Sikasso sur la période 2004-2007, qui est géré par une Cellule d'exécution du projet au sein de la DRS.

14 | Elle finance notamment la construction et l'équipement de seize centres de santé dans les régions de Mopti et Tombouctou, ainsi qu'un projet de lutte contre le paludisme.

15 | USAID a un programme Santé assez important (130 millions USD sur 10 ans), ciblé sur des « activités à haut facteur d'impact » et principalement géré à travers des agences d'exécution.

16 | L'Allemagne a un projet « VIH/SIDA – Prévention et santé reproductive » ; le Luxembourg des projets en matière de fourniture de vaccins et d'équipements PEV, il appuie l'hôpital Mère-enfant de Bamako ainsi que les régions de Ségou et de Sikasso en matière de décentralisation des services sociaux de base ; la Suisse contribue au développement de la santé dans la région de Sikasso par un appui à l'Assemblée régionale et aux collectivités décentralisées ; l'Espagne a quelques petits projets, notamment en matière de lutte contre le paludisme.

17 | Un accord de coopération a été signé en 2006 avec Malte pour la réalisation d'une unité opérationnelle cardiaque hautement spécialisée et la formation des prestataires.

18 | Cuba apporte de l'assistance technique à travers une brigade médicale comportant plus d'une centaine de médecins disséminés dans le pays et l'opération « Milagro » de lutte contre la cataracte.

L'appui financier utilisant les procédures du PRODESS

Les premiers PTF qui ont utilisé les procédures PRODESS furent les Pays-Bas, le Canada et la Banque mondiale. En 2005, les Pays-Bas (et la Suède, dont les fonds destinés à la santé et à l'éducation sont gérés par les Pays-Bas) ont contribué au « pot commun » PRODESS à concurrence de $4,5 + 3,8 = 8,3$ millions EUR, soit environ 5,44 milliards FCFA. Le Canada quant à lui contribue au financement du PRODESS dans la région de Kayes et les trois régions du Nord à concurrence de $7 + 15 = 22$ millions CAD, soit près de 10 milliards FCFA, sur 5 ans. Depuis 2006, ces trois PTF sont passés à l'ABS, tandis que la Banque mondiale est passée à l'ABG en 2007 (voir ci-après).

À l'heure actuelle, quelques PTF utilisent encore le pot commun, en particulier le projet franco-belge d'appui à la région de Mopti, qui utilise les procédures PRODESS tant au niveau central (compte A pour les investissements et l'appui-conseil) qu'au niveau régional (appui à la DRS pour financer son PO (4 millions EUR) et de la formation).

L'approche harmonisée des procédures de remise d'espèces aux partenaires d'exécution (HACT)

Dans un souci d'harmonisation de leurs procédures, plusieurs agences des Nations unies ont mis sur pied une approche commune de transfert des fonds aux partenaires pour l'exécution des programmes et projets de développement, appelée « approche harmonisée des procédures de remise d'espèces aux partenaires d'exécution » (*Harmonized Approach to Cash Transfers* – HACT). Cette approche repose sur diverses étapes d'évaluation et de gestion du risque, ainsi qu'un formulaire d'autorisation de financement et de confirmation des dépenses, conçu pour réduire la complexité des procédures de gestion et réduire les coûts de transaction pour les partenaires d'exécution et le personnel des agences. Ce système a commencé à être mis en œuvre en 2009 par cinq agences du système des Nations unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, PAM).

L'appui budgétaire sectoriel

La réflexion sur le lancement de l'ABS a débuté fin 2004 à l'initiative de la représentation de la Banque mondiale, qui a fait figure de locomotive et a entraîné plusieurs autres PTF (Pays-Bas, Suède, Canada). Faisant suite à la signature d'un Accord-cadre sur les appuis budgétaires en mars 2005, un Accord-cadre sur l'ABS Santé a été signé en juillet 2006 par le MS, le MDSSPA, le MEF, les Pays-Bas, la Suède, le Canada et la Banque mondiale. Toutefois, la Banque ne s'est finalement pas lancée dans l'ABS et a choisi de se lancer plutôt directement dans l'ABG (voir ci-après). Les Pays-Bas et la Suède ont commencé l'ABS à la Santé en 2006, à concurrence de $4 + 3,8 = 7,8$ millions EUR (soit environ 5,1 milliards FCFA) par an, à renouveler pendant quatre ans. Quant au Canada, le décaissement d'une première tranche fixe a été approuvé en mars 2007 pour un montant de 2,5 millions CAD, soit environ 1,12 milliards FCFA. À partir de 2008, l'« Entente de contribution entre le Gouvernement du Canada et le Gouvernement du Mali

concernant l'appui aux programmes nationaux en Éducation et en Santé et la réforme des finances publiques au Mali » prévoit un appui budgétaire au secteur sociosanitaire d'un montant de 57,5 millions CAD sur cinq ans, à déboursier selon deux tranches annuelles. L'Espagne a récemment négocié sa participation à l'ABS, qui a commencé en 2009.

L'appui budgétaire global avec des conditionnalités liées à la santé

Plusieurs PTF font de l'ABG au Mali, dans le cadre d'un Arrangement spécifique relatif à l'appui budgétaire général en faveur du CSLP, qui a été signé le 7 juin 2007. Deux PTF majeurs faisant de l'ABG ont des conditionnalités relatives au secteur de la santé :

- L'Union européenne (UE) a apporté un premier ABG plafonné à 154 millions EUR (soit plus de cent milliards FCFA) sur la période 2003-2008, constitué d'une tranche fixe et d'une tranche variable selon les performances réalisées au regard d'indicateurs de résultats dans plusieurs secteurs. Elle a ainsi déboursé un appui budgétaire de 39 millions EUR (soit 25,58 milliards FCFA) en 2005 ; de 25,68 millions EUR (soit 16,84 milliards FCFA) en 2006 ; de 17,02 millions EUR (soit 11,16 milliards FCFA) en 2007 ; et de 12,86 millions EUR (soit 8,44 milliards FCFA) en 2008. Plus de 20% de la tranche variable sont liés aux indicateurs de Santé (CE, Avenant n°1 – Annexe 2/C – Indicateurs du PPAB). Ainsi, vu les bons résultats du secteur de la Santé en 2004 (presque tous les indicateurs Santé ont dépassé les objectifs), l'entièreté de la tranche variable 2006 associée à la Santé a été libérée. Les indicateurs retenus pour la Santé dans ce premier accord d'ABG concernaient les résultats en termes de : (i) proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé ; (ii) taux de vaccination DTCP3 des enfants de moins d'un an ; (iii) taux de couverture en consultation prénatale (CPN) ; (iv) nombre moyen de consultations prénatales par femme enceinte ; (v) taux d'accouchements assistés.
- Le 18 mars 2009, l'UE a signé un second programme d'ABG pour la période 2009-2014, dont l'enveloppe s'élève à maximum 145 millions EUR (soit plus de 95 milliards FCFA), auxquels s'ajoutent (3 + 3) millions EUR pour l'appui institutionnel. L'ABG sera fourni sur la base d'une tranche fixe et d'une tranche annuelle de performance, basée sur des conditions ou mesures spécifiques ; et au bout de trois ans, viendra s'ajouter une tranche variable « OMD », basée sur des indicateurs de performance issus du cadre d'évaluation. Celui-ci comporte un indicateur de finances publiques relatif à la Santé (le taux d'exécution du budget de la fonction Santé), plus quatre indicateurs de résultats dans le secteur : (i) taux de vaccination DTCP3 ; (ii) taux de vaccination rougeole ; (iii) taux d'accouchements assistés ; (iv) taux d'utilisation de la consultation curative.
- Après de longues tractations, la Banque mondiale a commencé un ABG en 2007, à travers son outil le *Poverty Reduction Support Credit* (PRSC) pour un montant de 120 millions USD, soit quelque 60 milliards FCFA

sur trois ans. En outre, comme la Banque s'était initialement engagée à continuer d'appuyer le PRODESS à travers un projet (crédit IDA) à concurrence de 35 millions USD (17,5 milliards FCFA), cette somme a été ajoutée au PRSC et fait l'objet d'un ciblage sur les deux secteurs Santé et Développement social. Les deux objectifs Santé et Développement social soutenus par le PRSC sont (i) d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé et (ii) d'augmenter l'utilisation des services publics et privés de santé. Les mesures requises par la matrice PRSC concernent notamment la mise en œuvre de contrats de performance avec les hôpitaux et d'un système de contractualisation avec les ONG et le secteur privé, l'augmentation de la proportion des ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés, ou encore l'extension de la couverture par des mutuelles de santé.

ANALYSE ET CONCLUSIONS

Ce chapitre visait à présenter la complexité du financement du secteur de la Santé au Mali. Il a d'abord rappelé que les fonds publics et extérieurs ne constituent qu'une partie du financement du secteur. Cependant, étant donné que l'État et les PTF sont les principaux acteurs de l'approche sectorielle, ce chapitre se penche sur leurs montants et modalités de financement. Tout d'abord, il est noté que la proportion du budget du secteur de la Santé a fortement augmenté au cours des dernières années. Si à première vue, le CBMT laisse entrevoir une diminution relative des financements publics et extérieurs allant au secteur, ceci est à nuancer car le CBMT se base sur les fonds extérieurs acquis, tandis que d'autres sources de financement seront vraisemblablement mobilisées au fur et à mesure. Les conditionnalités de l'appui budgétaire sont d'ailleurs là pour garantir que l'État continuera d'allouer une proportion croissante de son budget récurrent à la Santé. La deuxième section a expliqué que le financement de l'État allant au secteur de la Santé suit une architecture assez compliquée, vu les nombreuses structures impliquées : il faut d'une part prendre en compte le budget du ministère de la Santé (qui est lui-même divisé entre une quarantaine d'unités fonctionnelles), mais également les budgets des Établissements publics autonomes (EPA) nationaux et régionaux, les budgets des régions et des CSREF, ainsi que ceux d'autres structures nationales menant des activités dans le secteur de la Santé (HCNLS, Armée, etc.) La structure du financement public de la Santé a été récemment modifiée pour s'aligner sur le processus de décentralisation : le budget des régions a été fortement augmenté en 2007 et 2008, moyennant en 2007 une diminution de celui du MS.

Le financement extérieur de la Santé suit quant à lui une architecture encore plus compliquée, vu le nombre important de partenaires actifs dans le secteur (une cinquantaine) et la diversité des modalités d'intervention utilisées. Un effort d'alignement sur les procédures nationales est perceptible de la part de plusieurs PTF (on pense en particulier aux quatre qui font de l'ABS), mais de nombreux autres continuent d'utiliser leurs propres procédures. Le chapitre 5 de cet ouvrage s'attache d'ailleurs particulièrement aux risques liés au manque possible d'intégration des financements extérieurs, et aux opportunités d'utiliser les programmes spécifiques pour renforcer le système de santé. Mais fort heureusement, la mise en œuvre du Compact/IHP devrait permettre de renforcer progressivement l'harmonisation et l'alignement des partenaires sur les systèmes nationaux, permettant dès lors de gérer davantage de financements extérieurs de manière conjointe avec les fonds de l'État.

RÉFÉRENCES

Banque mondiale, 2004, *La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali. Analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté au Mali*. Région Afrique, Département du Développement humain, Série Documents de travail – No. 54, septembre 2004.

Colombo, Enrico, *Appui à l'harmonisation de l'aide au Mali. Matrice des principaux partenaires techniques et financiers du Mali*, étude réalisée pour le MAECI et la Délégation de la Commission européenne (DCE), Bamako, mars 2006.

Commission européenne (CE), 2003, *Lignes directrices pour l'appui de la Commission européenne aux Programmes sectoriels*, Bruxelles, février.

Commission européenne, Avenant n°1 – Annexe 2/C – Indicateurs du PPAB. Maiga, Zakaria, Fatoumata Traoré Nafo, et Abdelwahed El Abassi, 1999, « La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996 », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 12.

Ministère de l'Économie et des Finances, SG, *Rapport d'analyse des indicateurs pour le déboursement de la tranche variable 2006 de l'appui budgétaire de l'Union européenne*.

Ministère de la Santé (MS), *Synthèse des bilans et rapports d'activités 2005 du ministère de la Santé*.

Ministère de la Santé (MS), *PO technique national 2006 Santé*.

Ministère de la Santé (MS), Direction administrative et financière (DAF), *Présentation de la DAF Santé au Comité technique du PRODESS* de mai 2007.

Ministère de la Santé (MS), Direction administrative et financière (DAF), *Présentations DAF aux CS des 17 février et 10 octobre 2006*.

Ministère de la Santé (MS) / Institut national de recherche en santé publique (INRSP), 2006, *Les Comptes nationaux de la Santé au Mali 1999-2004*.

Ministère de la Santé (MS) / Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2007, *Enquête sur la santé dans le monde, Rapport national*, par M. Ballo, E. Dembélé, I. Ronse et A. Slimbrouck.

Paul, Elisabeth, et Bruno Dujardin 2005, *Première mission au Mali (12-29 janvier 2005). Rapport de mission*, Version finale, 18 avril. Groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP).

Paul, Elisabeth, et Bruno Dujardin, 2006, *L'approche sectorielle Santé au Mali : Rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali (6-16 mars 2006)*, GRAP-SWAP (19 juin).

Pool technique, *Matrice financière des donateurs*, Rapport intermédiaire, juin 2007.

République du Mali, Accord-cadre entre le gouvernement du Mali et les partenaires au développement relatif aux appuis budgétaires, 2005.

Taskforce for Innovative International Financing for Health Systems, 2009, "More money for health, and more health for the money... to achieve the health MDGs, ... to save the lives of millions of women and children, and ... to help babies in low-income settings have a safer start to life".

LES RÉSULTATS DU PRODESS

***SALIF SAMAKÉ, CHEICK SIMPARA
ET MADINA BÂ***

Ce chapitre vise à présenter les principaux résultats enregistrés par le PRODESS. Il synthétise les conclusions d'une étude réalisée en juin 2008 par la Cellule de planification et de statistiques (CPS) du ministère de la Santé (MS), sur financement de la Banque mondiale, qui visait à évaluer les principaux acquis du PRODESS en vue de leur consolidation dans la suite du programme (MS/CPS, 2008). La démarche de l'étude consistait à examiner les différents volets du PRODESS en identifiant leurs points forts et faibles ; les résultats sur la période en termes d'évolution des indicateurs objectivement vérifiables, de facteurs de progrès ou de contraintes ; de même que les perspectives contribuant au renforcement des éléments de la politique de santé, de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du PRODESS. Tous ces aspects ont été analysés en termes de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité/pérennisation. Les principales conclusions de cette étude sont présentées dans les pages suivantes.

ANALYSE DES RÉSULTATS DU PRODESS II ET PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE SA MISE EN ŒUVRE

Plusieurs enseignements peuvent être tirés des premières années de mise en œuvre du PRODESS II, de 2005 à 2008. Ils sont présentés ici en fonction de ses sept volets.

VOLET 1

ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTÉ DES DISTRICTS SANITAIRES

L'objectif principal de ce volet est de faire en sorte que les soins de santé de base de qualité soient le plus proches possible des populations bénéficiaires, par la création d'un réseau de centres de santé offrant un paquet de services de qualité produit par un personnel technique compétent, et gérés par les communautés dans un cadre planifié et rationnel de la carte sanitaire. Ce premier volet vise donc l'accès des populations à des soins de qualité à travers des stratégies spécifiques et ciblées qui devraient rendre les services disponibles et accessibles dans les structures publiques, communautaires et privées avec un accent pour les zones pauvres, les zones déshéritées et/ou d'accès difficile.

L'effet spécifique prévu était que l'accessibilité géographique aux soins primaires et de première référence soit améliorée, notamment dans les zones de pauvreté. De réels progrès ont été réalisés à ce niveau, même si des problèmes de gestion et de coordination du secteur persistent, notamment du fait que les communes – qui, avec la décentralisation, sont les acteurs principaux de la promotion et du développement à la base de la santé – n'ont pas toutes les compétences requises pour maîtriser la situation. Des problèmes demeurent au niveau de la qualité de l'infrastructure sanitaire, du recrutement et de la gestion du personnel, de la gestion des conventions signées avec les acteurs, de l'appréciation de la performance et de la coordination de la mise en place des intrants pour la fonctionnalité des CSCOM.

L'évolution des principaux indicateurs reliés à cet effet spécifique est montrée dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 3.1
Indicateurs d'accessibilité géographique

INDICATEURS	RÉALISATIONS			
	2004	2005	2006	2007
Proportion de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un CSCOM fonctionnel	47%	50%	51%	53%
Proportion de la population en zone rurale vivant dans un rayon de 15 km d'une structure de santé offrant le PMA en centre fixe et des activités de stratégie avancée/mobile	71%	75%	76%	79%

Source : SLIS

Tableau 3.2
Évolution du nombre de CSCOM par région

RÉGIONS	PRÉVISIONS DE CSCOM DANS LES PDSC	RÉALISATIONS				
		2003	2004	2005	2006	2007
Kayes	183	94	108	115	130	141
Koulikoro	167	85	88	103	107	116
Sikasso	186	142	143	152	152	153
Ségou	167	123	128	134	134	145
Mopti	128	93	102	109	109	112
Tombouctou	77	31	35	41	51	51
Gao	93	37	39	40	43	49
Kidal	13	5	6	7	7	7
Bamako	56	50	50	52	52	52
Total	1070	660	699	753	785	826

Source : SLIS

Les tableaux 3.1 et 3.2 montrent une nette amélioration de l'accessibilité géographique aux structures de santé. En outre, la quatrième Enquête démographique et de Santé du Mali (EDS.M-IV) renseigne que le taux de couverture du Programme élargi de vaccination (PEV) (enfants complètement vaccinés) était de 48% en 2006, contre 29% en 2001. Toutefois, comme le montre le tableau 3.3, l'évolution de la consultation curative, bien qu'en hausse, est encore très faible au Mali.

Tableau 3.3
Évolution de la consultation curative (NC/hab/an) par région au Mali

CONSULTATION CURATIVE NC/HABITANT	BKO	KAYES	KOULI	SIK	SÉGOU	MOPTI	TOMB	GAO	KIDAL	TOTAL MALI
2000	0,26	0,15	0,12	0,19	0,18	0,12	0,16	0,14	0,35	0,17
2001	0,35	0,21	0,12	0,21	0,20	0,16	0,16	0,14	0,32	0,20
2002	0,32	0,19	0,15	0,26	0,25	0,15	0,18	0,14	0,32	0,21
2003	0,39	0,24	0,14	0,26	0,22	0,16	0,21	0,19	0,30	0,23
2004	0,35	0,26	0,16	0,31	0,26	0,16	0,20	0,18	0,38	0,25
2005	0,37	0,28	0,19	0,29	0,27	0,16	0,22	0,19	0,41	0,26
2006	0,35	0,30	0,22	0,28	0,27	0,16	0,25	0,23	0,37	0,26
2007	0,38	0,32	0,24	0,31	0,30	0,16	0,31	0,25	0,24	0,29

Source : SLIS

En conclusion, on constate qu'au niveau de l'extension de la couverture sanitaire, l'accent a été mis sur la réalisation des infrastructures, notamment les CSCOM, plus que sur les autres aspects. Ceci est sans doute dû à la motivation d'avoir un résultat immédiatement observable. Toutefois, les autres déterminants de cette couverture doivent être examinés, tels que l'utilisation de la carte sanitaire comme outil de planification et de gestion du développement du district sanitaire, l'analyse des coûts initiaux et ré-

currents de fonctionnement pour que les prestations soient à la portée des populations, l'amortissement du matériel et les modalités de son renouvellement pour garantir la qualité des prestations, l'impact de la décentralisation sur le rôle des différents acteurs, ou encore la gestion démocratique et la participation réelle des bénéficiaires, notamment les femmes et les groupes cibles.

VOLET 2

AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES

Ce volet vise à améliorer la dotation du secteur en ressources humaines de qualité dans les services de santé en mettant l'accent sur les services périphériques. Il doit donc résoudre le problème de la disponibilité et de la répartition judicieuse des ressources humaines dans le sens de la prise en compte des besoins de chaque niveau et structure et de l'équité.

Des informations plus complètes sur les ressources humaines sont fournies dans le Chapitre 6. Notons toutefois que parmi les stratégies proposées pour faire face à la pénurie de certaines catégories de personnel technique qualifié dans les régions, on compte le recrutement de personnel contractuel (en particulier infirmiers polyvalents et médecins) par les communes sur les subventions des ressources PPTE du secteur de la santé, ainsi que le recrutement par les collectivités décentralisées de personnel additionnel (en particulier d'infirmiers et d'infirmières obstétriciennes) pour lequel existe aujourd'hui un déficit important. Le tableau suivant donne la situation des effectifs recrutés sur fonds PPTE de 2001 à 2006. Notons que depuis 2007, aucun recrutement n'a été effectué sur ces fonds.

Tableau 3.4
Situation des effectifs sur fonds PPTE de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005 2006
Médecins	25	10	8	55	56
Infirmiers d'État	48	6	32	102	50
Sages-femmes	20	1	12	42	55
Infirmiers de santé	68	13	98	205	190
Infirmières obstétriciennes	15		4	24	88
Techniciens labo pharmacie					7
Autres	2	11		3	16
Total	178	41	154	431	462

Source : DAF/MS

Une autre stratégie consiste à augmenter les capacités de production en ressources humaines. Le tableau suivant montre l'évolution de du nombre de diplômés techniciens supérieurs de santé issus des secteurs public et privé.

Tableau 3.5
Nombre de diplômés techniciens supérieurs de santé des secteurs public et privé

	SAGES-FEMMES D'ÉTAT	INFIRMIERS/ÈRES D'ÉTAT	TECHNICIEN LABO-PHARMA	TECHNICIENS ASSAINISSEMENT	TOTAL
2005	51	115	16	15	197
2006	110	157	25	15	307
2007	128	143	22	10	303
Total	289	415	63	40	807

Source : Établi à partir des données de l'INFSS

Au total, les ratios de personnel qualifié de santé par habitant ont connu les évolutions suivantes :

Tableau 3.6
Ratios du personnel de santé par habitant

RATIO PAR PERSONNEL		2005	2006	2007
Médecins	Effectif	951	1.156	1.215
	Ratio	1/12.292	1/10.370	1/10.387
Infirmiers	Effectif	1.671	2.861	3.751
	Ratio	1/6.995	1/4.190	1/3.365
Sages-femmes	Effectif	501	501	584
	Ratio	1/23.333	1/23.928	1/23.615

Source : Établi sur la base des effectifs fournis dans les rapports de la DNS

Toutefois, ces chiffres agrégés cachent d'importantes disparités régionales, comme le montre le tableau suivant, qui donne les effectifs en 2007.

Tableau 3.7
Ratios du personnel de santé par habitant et par région en 2007

RÉGIONS	MÉDECINS	SAGES-FEMMES	INFIRMIERS / ASSISTANTS MÉDIC.
Kayes	18.946	50.708	4.857
Koulikoro	23.485	38.841	5.837
Sikasso	19.765	61.896	4.246
Ségou	18.890	38.124	4.245
Mopti	24.831	51.167	6.231
Tombouctou	22.029	66.088	4.439
Gao	15.564	25.075	2.033
Kidal	5.925	26.665	1.111
District de Bamako	11.731	5.972	3.227
Ratio moyen des Régions	18.563	24.463	4.304
Ratio moyen du Mali	10.389	21.615	3.365

Source : DNS

On peut donc conclure que le Mali ne connaît pas une situation de déficit de personnel en chiffres absolus, mais connaît plutôt des problèmes de répartition judicieuse de certaines catégories de personnel, en particulier les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes. L'absence d'une politique sectorielle de développement des ressources humaines a longtemps été une contrainte majeure pour le développement du personnel de santé. En outre, le secteur privé n'a longtemps pas été considéré comme une opportunité de débouchés de travail (à cause des investissements limités) et comme un partenaire de choix. Or, l'ouverture de nouvelles écoles de formation du personnel paramédical dans le secteur privé et les réformes importantes entreprises au niveau des instituts de formation doivent permettre au Mali de faire face aux problèmes de disponibilité du personnel pour le bon fonctionnement de son système de santé. Le renforcement du partenariat public-privé (PPP) est d'ailleurs l'un des fers de lance du récent Plan stratégique national de renforcement du système de Santé (PSN/RSS).

Les leçons à tirer sont qu'il apparaît désormais nécessaire de mettre en œuvre la nouvelle politique sectorielle de développement des ressources humaines, en particulier pour ce qui concerne la répartition judicieuse des ressources humaines disponibles axées sur les besoins des services de santé et non sur les critères sociaux, de même que la motivation en harmonie avec les statuts des collectivités décentralisées et de la fonction publique. En outre, il faudrait investir davantage dans la formation de spécialités médicales car il existe une insuffisance notoire de spécialistes pour le fonctionnement adéquat des formations hospitalières. Enfin, il faudrait adresser la question centrale de l'adéquation de la formation à l'emploi, en procédant à une meilleure organisation et validation des stages des docteurs qui n'ont que peu de contact avec les réalités de la politique sanitaire sur le terrain, d'où le coût élevé des programmes de formation continue. Quant au personnel paramédical, il faudrait mieux définir les stratégies du choix des lieux de stages, qui ne sont souvent pas propices et dont l'encadrement est souvent défaillant.

VOLET 3

DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MÉDICAUX

Ce volet vise à assurer la disponibilité des médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et au prix le plus bas sur l'ensemble du territoire. À cette fin, le credo est de réaliser la « zéro rupture » de stocks dans 80% des établissements de santé publics opérationnels. La politique du médicament et de la pharmacie est définie et mise en œuvre par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) du MS. L'organe central en charge de la disponibilité continue en médicaments est la Pharmacie populaire du Mali (PPM), dont la mission principale est 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.

L'effet spécifique recherché est que les populations du Mali aient accès, de façon continue, à toute la gamme de médicaments essentiels de qualité et à un coût abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elles utilisent. Toutefois, l'indicateur y afférant, qui est le pourcentage des médicaments prescrits que les malades des CSCOM, CSREF et hôpitaux ont dû acheter dans des pharmacies commerciales, n'est pas aisé à mesurer correctement.

Plusieurs stratégies sont mises en œuvre à cet effet, dont le renforcement des capacités des structures de production des médicaments et de contrôle du secteur pharmaceutique, le contrôle de la qualité des médicaments,¹ l'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution, la relance des activités de l'Usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP) en orientant sa production vers les médicaments essentiels (ME) de base, la sécurité transfusionnelle et la subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables, les sels de réhydratation orale, l'iode, les anti-tuberculeux et les médicaments pédiatriques. La plupart des indicateurs y afférents proviennent d'enquêtes et de rapports d'activités. Ainsi, une enquête menée par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et l'OMS sur la disponibilité et les prix a conclu que les ME sont disponibles à 80% dans le secteur public, une autre enquête menée avec le concours de USAID en 2007 à Sikasso, Ségou et Bamako a indiqué que les ME sont disponibles à 85% dans le secteur public. La politique retenue est de faire des livraisons mensuelles dans les régions avec un stock de sécurité de trois mois.

L'UMPP a un rôle primordial à jouer dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels, mais elle est confrontée à de graves problèmes institutionnels et a vu son chiffre

¹ | À noter que la plateforme Be-Cause Health, réunissant les principaux acteurs de la coopération belge actifs dans le secteur de la santé, a élaboré une Charte pour la qualité des médicaments, vaccins, produits diagnostics et matériels médicaux ; voir http://www.itg.be/becausehealth/uploads/20081125_1069009765_charter%20290408%20def.pdf

d'affaires considérablement réduit.

En conclusion, bien que des réformes aient été mises en place qui ont permis d'avoir une avancée certaine dans le domaine du médicament essentiel, notamment en baissant le prix des ME et en subventionnant certains intrants, l'utilisation des services de santé reste en dessous des prévisions qui ont sous-tendu les hypothèses de rentabilité des CSCOM, à savoir 1,5 contact par personne et par an. Plusieurs mesures pourraient être recommandées pour améliorer la situation, notamment le renforcement des missions de la DPM dans les régions et cercles, l'évaluation de la fonctionnalité de la politique du médicament et de la pharmacie à ces niveaux, l'adoption de mécanismes de financement plus adéquats qui permettent à l'État de réduire le coût de certains médicaments pour les couches vulnérables de la population tout en respectant l'équilibre financier de la PPM, le développement d'une meilleure capacité nationale de production des ME en tirant l'UMPP de son impasse institutionnelle et en créant les conditions favorables à son développement dans un cadre concurrentiel assaini.

VOLET 4

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LES MALADIES

Ce volet vise à créer, au niveau des districts sanitaires, les conditions et les aptitudes nécessaires pour assurer une production efficace et efficiente de santé aux populations, notamment les plus défavorisées. La capacité du personnel de santé et les plateaux techniques doivent être renforcés pour favoriser l'application des normes et procédures pour une meilleure prise en charge des cas. L'emphase sur la population pauvre doit permettre, d'une part, la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile, et d'autre part, la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle. Le tableau suivant présente l'évolution de quelques indicateurs d'utilisation des services.

Tableau 3.8
Indicateurs d'utilisation des services de santé au Mali

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consultation curative (NC/hab/an)	0,20	0,21	0,23	0,25	0,26	0,26	0,29
Consultation prénatale (%)	52%	54%	59%	75%	75%	75%	77%
Taux d'accouchements assistés (%)	41%	40%	42%	49%	53%	55%	59%

Source : DNS

En particulier, la santé de la mère et de l'enfant est un domaine dans lequel d'importants efforts sont déployés. Plusieurs interventions visant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale ont été entreprises au cours de la mise en œuvre du PRODESS, comme la mise à jour des normes et procédures en santé reproductive avec l'intégration de nouvelles composantes comme le dépistage et la prise en charge de la fistule obstétricale ; la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne ; la poursuite du processus d'organisation de la référence-évacuation au niveau des districts sanitaires avec comme porte d'entrée la prise en charge des urgences obstétricales ; ou encore la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) aux futures mamans et aux enfants de moins de cinq ans. Le taux de césarienne est ainsi passé de 0,98% en 2005 à 1,89% en 2006 et 2,06% en 2007 ; la proportion de décès après césarienne, quant à elle, est passée de 2,05 en 2006 à 1,98 en 2007. La continuité des services comme élément de qualité a été améliorée, notamment à travers la réorientation de la consultation prénatale (CPN) classique vers une plus globale, efficace et efficiente dite « CPN recentrée » qui met l'accent sur la prise en charge des complications liées à la grossesse et sur le dépistage des grossesses à risques. En 2008, on dénombrait 25 structures de Soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) dont six hôpitaux, ainsi que 32 structures de Soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) fonctionnelles. Cependant, une fois de plus, l'utilisation des services varie fortement d'une région à l'autre, comme le montrent les tableaux suivants.

Tableau 3.9
Évolution des taux de couvertures d'utilisation CPN (femmes enceintes) par région

TAUX D'UTILISATION CPN (%)	BKO	KAYES	KOULIK	SIKASSO	SÉGOU	MOPTI	TBTOU	GAO	KIDAL	MOYENNE NATIONALE
2003	90	48	51	64	74	48	31	34	29	59
2004	88	71	65	78	96	77	35	30	30	75
2005	91	76	70	74	81	75	46	50	43	75
2006	90	82	73	78	80	64	52	57	35	75
2007	97	81	83	83	96	81	71	60	26	78

Source : DNS

Tableau 3.10

Évolution des taux d'accouchements assistés par région

TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS (%)	BKO	KAYES	KOULIK	SIKASSO	SÉGOU	MOPTI	TBTOU	GAO	KIDAL	MOYENNE NATIONALE
2002	90	23	40	52	38	23	13	13	12	40
2003	93	26	38	53	39	29	15	15	14	42
2004	94	34	45	66	49	30	18	17	14	49
2005	97	40	53	64	50	34	24	20	18	53
2006	99	42	58	59	55	40	27	22	24	55
2007	94	50	61	67	60	37	35	22	17	59

Source : DNS

La planification familiale a été renforcée, en particulier vis-à-vis des jeunes et des adolescents, mais les taux d'utilisation sont encore très faibles, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 3.11

Évolution des taux d'utilisation des services de planification familiale par région

TAUX PF (%)	BKO	KAYES	KOULIK	SIKASSO	SÉGOU	MOPTI	TOMB	GAO	KIDAL	MALI
2003	4,08	1,46	3,25	3,56	2,32	2,86	0,79	0,43	2,25	2,71
2004	3,82	1,52	2,26	3,49	2,43	1,55	1,06	0,33	1,30	2,36
2005	4,41	2,68	2,99	3,64	4,41	1,95	1,24	0,68	1,66	3,16
2006	3,97	3,06	5,17	4,46	4,25	2,30	2,35	0,94	2,75	3,76
2007	4,45	5,51	4,45	4,69	5,00	1,71	3,30	1,11	1,52	4,17

Source : DNS

Concernant la santé des enfants, les activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sont en cours d'extension en vue de leur intégration complète au PMA. La stratégie PCIME englobe un paquet intégré d'interventions qui vise à prévenir et traiter les principales causes de morbidité et mortalité infanto-juvéniles au Mali comme dans la plus part des pays en voie de développement que sont les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la rougeole, le paludisme et la malnutrition. Le Mali s'est également depuis plusieurs années doté d'un programme élargi de vaccination (PEV) qui s'intègre parfaitement dans le cadre de ces stratégies. Un plan pluriannuel complet a été élaboré et doit permettre de relancer, voire booster les activités pour l'atteinte des objectifs de 80% de couverture planifiés,

Tableau 3.12
Évolution des taux de couverture vaccinale des enfants

COUVERTURE VACCINALE (%)	2001	2006
BCG	69	77
DTCoq 1	61	83
DTCoq 2	51	76
DTCoq 3	40	68
Polio 0	53	57
Polio 1	74	85
Polio 2	60	77
Polio 3	39	62
Rougeole	49	68
Toutes du PEV	29	48
Aucune	22	13

Source : EDS.M-III et IV

et vacciner les enfants avant leur premier anniversaire contre les maladies cibles (tuberculose, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole, diphtérie, fièvre jaune, hépatite B). L'un des objectifs est le renforcement du PEV de routine, l'approche « atteindre chaque district » a été appliquée dans ce contexte. Le tableau suivant montre les résultats en termes de couverture vaccinale issus des deux dernières EDS.M.

Au niveau des impacts, les trois dernières EDS.M démontrent de très grands progrès depuis dix ans en termes de réduction de la mortalité des enfants.

Tableau 3.13
Évolution des taux de mortalité des enfants

TAUX DE MORTALITÉ...	1996	2001	2006
Infanto-juvénile (%)	238	229	191
Juvénile (%)	131	131	105
Infantile (%)	123	113	96
Post-néonatale (%)	62	56	50
Néonatale (%)	60	57	46

Source : EDS.M-II, III et IV

Dans le domaine de la nutrition, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées et consignées dans un plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (PSNAN). La prise en charge de la malnutrition aiguë est désormais effective dans 43 CSREF et hôpitaux et 322 CSCOM. Toutefois, les résultats ne sont guère encourageants. Selon les deux dernières EDS.M, le taux d'insuffisance pondérale est passé de 33% en 2001 à 27% en 2006 ; le taux de retard de croissance quant à lui est resté stable à 38%. La malnutrition est également bien présente chez les femmes, elle s'est même accentuée en passant de 63% en 2001 à 68% en 2006.

En matière de lutte contre les maladies, des résultats variables ont été enregistrés. Le paludisme demeure la principale cause de morbidité dans le pays. Actuellement, la politique nationale prévoit la prévention du paludisme et la prise en charge gratuite des cas chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour ce qui concerne la tuberculose, en 2007, 2 858 malades (soit 76%) ont reçu avec succès le traitement, contre 2 459 (69,7%) en 2006. D'après l'EDS.M, le taux de prévalence du VIH au sein de la population générale était de 1,3% en 2006, contre 1,7% en 2001. À ce jour, le traitement aux antirétroviraux (ARV) est disponible dans 19 sites et près de 6000 patients séropositifs sont suivis sous ARV (source : Comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA). Enfin, l'approche Surveillance intégrée de la maladie et la riposte a quant à elle permis de réduire l'incidence et la létalité des maladies à potentiel épidémique.

Outre le renforcement de l'infrastructure et de l'équipement, notamment dans les hôpitaux et les CSREF, et la formation continue, des expériences ponctuelles en matière de qualité ont été testées dans certains districts, mais il n'a pas été observé une véritable démarche de qualité fondée sur des documents largement partagés et utilisés par les acteurs sur le terrain. Il conviendrait donc de définir et de mettre en place une politique de qualité à tous les niveaux et d'évaluer son impact sur l'utilisation des services, mais aussi de définir les normes de sécurité pour permettre de jeter les bases du contrôle et qualifier les infractions.

En conclusion, l'augmentation de la demande qui aurait dû découler de l'utilisation accrue des services de santé n'a pas été observée malgré tous les efforts consentis. Les mécanismes de financement alternatifs et de solidarité restent très timides (voir la section suivante). Il faudrait dès lors mettre en place un cadre d'opérationnalisation des mécanismes de tiers payant avec l'ensemble des parties prenantes et évaluer les systèmes alternatifs de paiement en cours. Enfin, la lutte contre la maladie a trouvé sa place dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS, mais des contraintes essentielles persistent encore, en particulier le poids des programmes nationaux qui freine l'intégration des activités au niveau opérationnel, le faible esprit d'équipe au niveau national qui ne permet pas une utilisation rationnelle des ressources techniques et financières dans un cadre concerté de lutte contre la maladie, ou encore l'insuffisance de la prise en charge et souvent l'absence de politique pour certaines maladies non transmissibles.

VOLET 5

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE, SOUTIEN À LA DEMANDE ET À LA PARTICIPATION

Ce volet vise d'une part l'efficacité du système de santé pour qu'il soit apte à répondre aux besoins des utilisateurs en offrant des services de qualité, et d'autre part l'équité à travers des mécanismes de solidarité permettant aux populations vulnérables de bénéficier de leur droit à la santé. Les extrants de ce volet sont axés sur les mécanismes de solidarité : tiers payant, paquet de services subventionné et financement alternatif.

Le mécanisme de tiers payant repose en particulier sur l'organisation de la référence soutenue par une caisse de solidarité, ce qui est le cas dans 96% des districts sanitaires. Une série de services sont subventionnés par l'État, dont les kits de césarienne, la prise en charge de l'acte médical pour les indigents, le remboursement des montants relatifs à des achats d'ARV, la prise en charge des frais d'évacuation sanitaire et des feuilles nominatives, la réduction des prix de 107 médicaments essentiels, l'achat de médicaments et la lutte contre les maladies, épidémies et catastrophes, l'achat de moustiquaires imprégnées et la gratuité de la

césarienne. Par contre, le financement alternatif des soins de santé n'est encore guère développé au Mali, avec seulement 1,9% de la population couverte par une mutuelle de santé en 2007.

En conclusion, pour que ce volet connaisse une réelle évolution, il y a lieu de mettre en place des stratégies plus proactives, notamment en impliquant davantage et en responsabilisant les collectivités décentralisées et l'ensemble des autres acteurs à la base, en rendant la tutelle plus efficace dans l'accompagnement et en mobilisant les ressources financières nécessaires pour le développement du système. Ceci devrait s'arranger avec la généralisation de l'assurance-maladie obligatoire.

VOLET 6

RÉFORME DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE RECHERCHES

Ce volet a pour objectif principal la mise en place des réformes nécessaires pour le renforcement de la performance des structures de troisième référence, comme facteur de succès vis-à-vis de la pyramide de santé à la base. La réforme en matière de politique hospitalière est bien amorcée : l'adoption et la mise en œuvre d'une loi hospitalière fixe le statut des hôpitaux et jette les bases d'un processus gestionnaire s'éloignant de la démarche ancienne d'administration. À l'heure actuelle, la plupart des hôpitaux ont bénéficié d'un renforcement de leur cadre institutionnel et fonctionnent sous les directives d'organes de tutelle, avec un Conseil d'administration. Les instances de gestion se réunissent régulièrement, mais il reste à accomplir beaucoup de progrès pour que les établissements publics hospitaliers (EPH), qui fonctionnent encore comme des administrations publiques, suivent une logique d'entreprise avec, entre autres, la production de comptes d'exploitation fiables, la maîtrise des ressources financières internes, la productivité des services techniques et du personnel actuel en service. Les tarifs des hôpitaux restent toujours fixés par voie de décret et non suite à une analyse de la structure générale des charges supportées par l'hôpital. L'absence de mécanismes de protection et d'assurance-maladie impliquant un tiers payant réduit toutes les marges d'application de la réalité des prix et coûts au sein des hôpitaux. Dans ce contexte, l'hôpital reste dans une logique de subventionnement par l'État et fonctionne en sous-rendement. L'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge générale des malades est difficile à évaluer, mais plusieurs initiatives ont été prises en ce sens, notamment à travers la réalisation de nouvelles infrastructures et l'achat d'équipement. Par contre, contrairement aux objectifs, les hôpitaux ne jouent à ce jour quasiment pas de rôle d'appui en formation aux services de santé des districts. Enfin, on constate une augmentation régulière du financement des hôpitaux, représentant en moyenne 14,3% du financement du PRODESS sur la période 2005-2008.

Une des principales recommandations est que les hôpitaux et les établissements de recherches doivent faire davantage de progrès en tant qu'acteurs chargés d'assurer les conditions de succès de la politique sectorielle de santé, notamment à travers le renforcement des relations avec les autres structures de santé évoluant au niveau régional et des districts. À cet effet, le système de référence/évacuation entre les CSREF, hôpitaux régionaux et hôpitaux nationaux devrait être modélisé et mis en œuvre ; les critères de qualité des soins, de la prise en charge et de la sécurité devraient être définis ; et les modalités de financement des populations pauvres et vulnérables devraient être précisées. Sur le plan organisationnel, il reste à déterminer un cadre d'opérationnalisation plus efficace de la loi hospitalière et inscrire les investissements dans ce cadre, élaborer une politique des prix et coûts hospitaliers, définir les modalités de prise en charge par tiers payant, utiliser de véritables contrats entre le directeur et les services de l'hôpital et évaluer périodiquement les hôpitaux. Pour les institutions de recherches, il serait utile de procéder à la nomination d'un Comité scientifique technique auprès du ministre de la Santé, qui valide les rapports de recherches et leur apport à la politique, notamment en termes d'amélioration de la conception ou de la mise en œuvre des programmes de santé, et qui soutienne leur publication.

VOLET 7

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES ET DÉCENTRALISATION

Ce volet comprend des composantes contribuant aux facteurs de succès du programme. Deux aspects principaux en constituent les effets ou résultats à moyen terme attendus, à savoir (i) le renforcement des capacités institutionnelles des structures centrales du ministère de la Santé, pour leur permettre de remplir efficacement leurs missions, et (ii) la réorganisation des démembrements de ces structures centrales au niveau de la région et du cercle, en harmonie avec les textes de la décentralisation.

De nombreuses réalisations ont été effectuées dans le cadre du renforcement institutionnel des structures centrales, notamment des travaux de réhabilitation des infrastructures, l'achat d'équipement et de matériel et diverses études. Quant au transfert de compétences aux collectivités, il faut savoir que suite au processus de décentralisation engagé depuis la mise en place des communes au Mali et à la signature du décret 02-314 portant transfert des compétences de l'État aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé, le MS a mis en place une Cellule d'appui à la déconcentration et la décentralisation (CADD). Cette structure a travaillé en synergie avec les services du MS et d'autres secteurs (Commissariat au Développement institutionnel, ministère de l'Administration territoriale et des Collectivités locales, Direction nationale des Collectivités territoriales, etc.) pour une meilleure compréhension des enjeux et la réorganisation des mis-

sions, fonctions et responsabilités en matière de gestion de la santé dans les collectivités (régions, cercles et communes). La CADD a également travaillé au sein la Commission interministérielle de pilotage du transfert de compétences et de ressources de l'État aux Collectivités territoriales.

Beaucoup d'acquis ont été enregistrés tant aux plans juridique et institutionnel (définition des domaines de compétences générales et spécifiques des collectivités territoriales, transfert aux budgets des collectivités territoriales de certains impôts et taxes, détermination détaillée des compétences transférées de l'État aux collectivités en matière de santé, etc.) qu'aux plans financier et matériel (transfert d'infrastructures, subventions destinées au fonctionnement et à l'investissement, se chiffrant globalement à 13,7 milliards FCFA sur la période 2005-2007)². Quant aux effectifs, on recense dans les régions plus de 2500 fonctionnaires des collectivités territoriales, plus de 1250 contractuels, recrutés sur les fonds PPTE, exerçant dans les CSCOM et les CSREF, ainsi que près de 3700 membres de personnel, relevant de la fonction publique de l'État, exerçant dans les CSREF.

Toutefois, d'importantes difficultés et contraintes liées à l'exercice des compétences transférées demeurent, également sur les plans institutionnel (non conformité de certains textes de politiques sectorielles à ceux de la décentralisation, lenteur dans la mise en œuvre du programme de déconcentration, etc.), matériel (non dévolution des biens meubles et immeubles aux collectivités territoriales, etc.), financier (non évaluation des ressources budgétaires liées aux compétences transférées et absence d'indications précises sur les modalités concrètes de leur transfert aux collectivités territoriales) et humain (non détermination des modalités pratiques de la mise à disposition des fonctionnaires de l'État, etc.). La mise en œuvre du Plan triennal de transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités en matière de Santé devrait permettre de réduire ces difficultés.

Au niveau d'indicateurs plus précis, bon nombre de collectivités sont rentrées dans une logique de partenariat avec les ASACO et les autres acteurs de développement à la base (notamment les ONG) : ainsi, 90% des communes ont à ce jour signé une convention spécifique tripartite avec le médecin chef, l'ASACO et/ou les ONG/associations. En outre, les collectivités sont censées mobiliser ou participer aux différentes campagnes organisées en faveur de la santé des populations ; à ce titre, en moyenne 78% des femmes enceintes sont vues en consultation prénatale (CPN) avec un taux d'assiduité de 2,07. Au total, on peut dire que le processus de transfert est en cours, que des avancées ont été faites, mais que l'effet escompté est loin d'être atteint.

2 | À noter toutefois que les ressources budgétaires ont été déconcentrées au niveau des cercles mais non transférées, car les services du ministère des Finances ne sont pas présents à tous les échelons, notamment dans les communes. Les ressources sectorielles, de façon générale, sont utilisées dans les collectivités au terme d'une planification avec les services de santé, mais elles ne sont pas transférées en réalité.

CONCLUSION

En conclusion, la mise en œuvre du PRODESS II depuis 2005 a permis de réaliser d'importants acquis, ceci sous le leadership du ministère de la Santé et avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Cependant, les acquis sont principalement quantitatifs et de gros efforts méritent encore d'être faits au niveau de la qualité des soins et de l'accessibilité financière des plus pauvres aux services de santé. La mise en œuvre du Compact/ IHP devrait encore renforcer le système de santé en le rendant plus performant pour l'atteinte des OMD. Pour ce faire, le ministère de la Santé a identifié quelques axes prioritaires, qui sont notamment définis dans le Plan stratégique national de renforcement du système de Santé, ayant trait à la gestion des ressources humaines, à la politique du médicament, au renforcement de l'équipement et de la maintenance, au financement du secteur, au système d'information et aux nouvelles stratégies novatrices (partenariat public-privé et qualité des services de santé).

RÉFÉRENCES

CPS/MS, DNSI et MEASURE DHS+, 2006, Mali : *Enquête démographique et de Santé* (EDSM-IV).

Données issues de la Direction administrative et financière (DAF) et de la Direction nationale de la Santé (DNS).

Ministère de la Santé (MS), Cellule de planification et de statistiques (CPS), *Rapport sur la consolidation du PRODESS II 2005-2009*, Bamako, juin 2008. Système local d'Information sanitaire (SLIS).

L'APPUI BUDGÉTAIRE AU SECTEUR DE LA SANTÉ

**SALIF SAMAKÉ, MONIQUE KAMPHUIS,
ELISABETH PAUL**

L'appui budgétaire ou soutien budgétaire est défini par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme « une méthode de financement du budget d'un pays partenaire via un transfert de ressources d'une agence de financement externe au Trésor public du gouvernement partenaire. Les fonds ainsi transférés sont gérés conformément aux procédures budgétaires du pays bénéficiaire. Cette définition du soutien budgétaire n'englobe donc pas les fonds transférés au Trésor public pour le financement de programmes ou de projets gérés selon des procédures budgétaires différentes de celles du pays partenaire, dans l'intention d'affecter ces ressources à des usages spécifiques. » Ceci implique notamment que l'appui budgétaire sectoriel ne peut pas être ciblé à l'intérieur du secteur. Le CAD précise en outre que « dans le cas du soutien budgétaire général, le dialogue entre donateurs et gouvernements partenaires se concentre sur la politique globale et les priorités budgétaires alors que dans le cas du soutien budgétaire sectoriel, il se concentre sur les préoccupations spécifiques du secteur ».³

Le Mali bénéficie de plus en plus d'appuis budgétaires, qu'il s'agisse d'un appui budgétaire global (ABG) ou sectoriel (ABS). Ainsi, la Loi de Finances 2008 prévoyait des ABS pour un total de 51,01 milliards FCFA, dont 5,16 milliards FCFA en appui au PRODESS, sur un budget total de 957,2 milliards FCFA.⁴ En 2007, l'ABS au PRODESS s'est élevé à 10,22 milliards FCFA, grâce à un appui exceptionnel de la Banque mondiale en surplus de son ABG. L'ABG quant à lui n'est pas inscrit dans la Loi de Finances, mais est mentionné comme servant à financer une partie du déficit budgétaire, qui s'élevait en 2008 à 110,19 milliards FCFA et à 127,30 milliards en 2009.

L'utilisation accrue de cette modalité d'aide s'explique par différentes raisons, et vise notamment à améliorer l'efficacité de l'aide et à renforcer les systèmes de gestion nationaux. Toutefois, ce passage soulève, comme toute réforme, certains enjeux qu'il est utile de relever et d'analyser. Ceci est particulièrement vrai pour un secteur tel que la Santé, qui bénéficie de nombreuses coopérations, est passé à l'approche-programme depuis dix ans et a développé des manières de fonctionner spécifiques, telles que les organes de suivi et le manuel de procédures de gestion du PRODESS. En effet, le PRODESS a été assorti de procédures propres visant initialement à être utilisées à travers un « panier commun ». Toutefois, les principaux contributeurs à ce panier sont depuis 2006 passés à l'ABS. Le présent chapitre vise à présenter une synthèse analytique des expériences qui ont cours depuis trois ans au ministère de la Santé (MS) du Mali en ce qui concerne l'appui budgétaire au secteur. Ceci permet de capitaliser cette expérience au sein du MS mais aussi de la partager avec d'autres secteurs et d'autres pays. Le chapitre commence par présenter brièvement les différents systèmes d'AB et les indicateurs utilisés. Ensuite, il analyse les enjeux liés à l'AB, pour enfin conclure par quelques pistes de recherche et de réflexion.

3 | Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) / Comité d'aide au développement (CAD), 2006, « Harmoniser l'aide pour renforcer son efficacité – Volume 2 : Le soutien budgétaire, les approches sectorielles et le développement des capacités en matière de gestion des finances publiques », *Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD*, Paris : OCDE (p. 30).

4 | Il faudra ajouter à ces chiffres les ABS du Canada, qui n'étaient pas encore conclus lorsque la Loi de Finances a été publiée. L'ABS au PRODESS inclut les 15% dédiés au ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées.

LES ACCORDS D'APPUI BUDGÉTAIRE

Alors que plusieurs PTF font de l'appui budgétaire global au Mali depuis de nombreuses années, le cadre institutionnel régissant ces différents appuis a été harmonisé et formalisé par la signature en mars 2005 d'un *Accord-cadre entre le gouvernement du Mali et les partenaires au développement relatif aux appuis budgétaires*, qui vise à servir de « chapeau » pour d'autres accords plus spécifiques.⁵ Ainsi, 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 en juillet 2006.⁶ Un arrangement spécifique similaire relatif à l'ABS en faveur du secteur de l'Éducation a été signé à la même époque et un autre sur l'appui budgétaire général en faveur du CSLP a été signé en juin 2007. Enfin, chacun des PTF doit sceller son engagement en faveur de l'AB et en déterminer les modalités à travers une convention bilatérale. Ainsi, les partenaires apportant un ABS Santé ont conclu un accord bilatéral avec le Mali, respectivement en août 2006 pour les Pays-Bas, en novembre 2006 pour la Suède et en mars 2007 pour l'AB de cette année apporté par le Canada. Le Canada a ensuite signé un accord bilatéral dit « Entente de contribution entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Mali concernant l'appui aux programmes nationaux en Éducation et en Santé et la réforme des finances publiques au Mali » le 28 mars 2008. L'Espagne a quant à elle adhéré à l'ABS en 2009.

L'APPUI BUDGÉTAIRE SECTORIEL

L'ABS aux secteurs sanitaire et social a donc commencé avec le déboursement d'une tranche unique par les Pays-Bas et la Suède en octobre 2006, respectivement pour un montant de 4 millions EUR (2,6 milliards FCFA) et de 3,8 millions EUR (2,49 milliards FCFA), gérés par les Pays-Bas à travers un partenariat de délégation. Le ministère des Finances a choisi d'affecter l'appui néerlandais à des dépenses de fonctionnement et l'appui suédois à des dépenses d'investissement. Dès 2007, l'ABS de ces deux pays a été l'objet de deux tranches fixes. Les Pays-Bas ont libéré leur première tranche de 2007 à la fin du mois de janvier et la Suède à la fin du mois d'avril. Quant à l'ABS du Canada, le décaissement d'une première tranche fixe (à concurrence de 2,5 millions CAD, soit environ 1,12 milliards FCFA) a été approuvé en mars 2007 et elle a été libérée fin avril. La convention de 2008 prévoit quant à elle un appui budgétaire au secteur sociosanitaire d'un montant de 57,5 millions de dollars canadiens sur cinq ans, à déboursier selon deux tranches annuelles : une première tranche fixe et une seconde

5 | Les partenaires signataires de cet accord-cadre général sont le ministère de l'Économie et des Finances (MEF) (scindé depuis lors en deux ministères), la Banque mondiale (BM), la Banque africaine de Développement (BAD), l'Union européenne (UE), le Canada, la France, la Suède et les Pays-Bas.

6 | Les partenaires signataires sont le MS, le ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA), le MEF, les Pays-Bas, la Suède, ainsi que le Canada, qui a adhéré à l'accord en mars 2007, et l'Espagne, en novembre 2008.

tranche variable en fonction de la performance. Les décaissements d'ABS sont répartis à concurrence de 85% en faveur du ministère de la Santé et de 15% en faveur du MDSSPA. Ils se répartissent donc comme suit :

Tableau 4.1
Décaissements d'ABS au PRODESS

(EN MILLIONS FCFA)		2006 (DÉCAISSÉ)	2007 (DÉCAISSÉ)	2008 (DÉCAISSÉ)	2009 (PRÉVU)	2010 (PRÉVU)
Pays-Bas	1 ^e tranche (fixe)	2.600	1.560	1.560	1.560	1.560
	2 ^e tranche (fixe)		1.040	1.040	1.040	1.040
Suède	1 ^e tranche (fixe)	2.490	1.494	1.494	1.494	1.494
	2 ^e tranche (fixe)		996	996	996	996
Canada	1 ^e tranche (fixe)	1.120		2.025	2.836	2.836
	2 ^e tranche (var.)			2.836	2.836	3.241
Espagne	1 ^e tranche (fixe)				656	656
	2 ^e tranche (fixe)				656	656

Source : Accords bilatéraux

Comme déjà indiqué, par définition, l'ABS est censé financer les dépenses d'un secteur, mais n'est pas ciblé à l'intérieur du secteur. Il est intéressant de noter qu'au Mali, jusqu'à nouvel ordre, l'ABS fait l'objet d'une ligne séparée et d'un code fonctionnel propre dans la Loi de Finances (LdF). Cette particularité, qui déroge à l'usage courant de fongibilité de l'AB avec les ressources propres de l'État, a été instaurée pour répondre aux exigences de certains PTF en matière de traçabilité et d'additionnalité de l'ABS⁷. L'ABS est donc affecté à des dépenses précises, choisies par les autorités responsables, et justifié comme tel – il ne s'agit donc pas d'un appui budgétaire au sens commun du terme (parfaitement fongible avec le reste des ressources de l'État), mais plutôt d'un appui financier ciblé. En outre, les fonds de l'ABS ne suivent pas les procédures du Manuel de Gestion du PRODESS, mais sont gérés à travers les procédures classiques de l'État. Ceci signifie que c'est le MEF qui en est l'ordonnateur principal et les Directions régionales du Budget (DRB) les ordonnateurs secondaires délégués, tandis que les DRS ne sont plus qu'administrateurs de crédits. En pratique, une fois que l'ouverture de crédit est notifiée, l'administrateur de crédit (DAF ou DRS) doit donc envoyer ses requêtes à la DNB ou à la DRB. Le contrôleur financier exerce alors son contrôle *a priori* et si les requêtes sont approuvées, elles sont alors transmises par la DNB/DRB au Trésor public. Les procédures de l'État sont plus sévères que celles du PRODESS, notamment parce qu'elles sont systématiquement soumises au contrôle *a priori*, qu'elles limitent l'utilisation des régies d'avance et les plafonnent à 10 millions FCFA, et qu'elles requièrent que les avances de

7 | Ce système est également encouragé par la partie malienne, vu les avantages liés aux fonds extérieurs : par exemple, le montant des per diem est supérieur lorsque la provenance des fonds est extérieure.

fonds soient entièrement justifiées avant d'autoriser une nouvelle avance. En outre, les fonds gérés par les DNB/DRB ne sont pas transférés sur les comptes programmes du PRODESS, ce qui les rend tributaires de la trésorerie générale de l'État.

En 2006, l'entièreté de l'ABS avait été imputée au budget de la Direction administrative et financière (DAF) du MS (même les 15% destinés au Développement social et les fonds destinés aux régions) – ce qui a créé des retards de mobilisation. Par contre, dès 2007, les crédits de l'ABS ont été directement inscrits au bénéfice des régions dans la Loi de Finances, ce qui fait que la DAF/MS ne gère ainsi plus que la partie de l'ABS dédiée aux structures centrales du MS, tandis que la DAF Développement social et chaque Direction régionale de la Santé (DRS) gèrent leur part de l'ABS. À partir de 2008, les inscriptions budgétaires sont descendues jusqu'au niveau cercle (CSREF), mais l'ordonnancement de ces crédits est resté l'apanage de la DRB – il n'empêche que 80% des fonds de l'ABS étaient programmés au niveau des structures centrales.

L'APPUI BUDGÉTAIRE GLOBAL

L'ABG est quant à lui parfaitement fongible avec le reste des ressources de l'État. Il finance donc les secteurs de la Santé et du Développement social à la marge, et deux PTF importants – l'Union européenne (UE) et la Banque mondiale (BM) – ont assorti leur ABG de conditionnalités relatives à la Santé. Ainsi, l'UE a apporté un ABG plafonné à 154 millions EUR (plus de 100 milliards FCFA) sur la période 2003-2008, constitué chaque année d'une tranche fixe et d'une tranche variable selon les performances réalisées au regard d'indicateurs de résultats dans plusieurs secteurs. Elle a ainsi déboursé un AB de 39 millions EUR (soit 25,58 milliards FCFA) en 2005 ; 25,68 millions EUR (soit 16,84 milliards FCFA) en 2006 ; 17,02 millions EUR (soit 11,16 milliards FCFA) en 2007 ; et de 12,86 millions EUR (soit 8,44 milliards FCFA) en 2008. Le nouveau programme d'ABG de l'UE pour la période 2009-2014 est plafonné à maximum 145 millions EUR (soit plus de 95 milliards FCFA), auxquels s'ajoutent (3 + 3) millions EUR pour l'appui institutionnel. Cet appui sera également fourni sur la base d'une tranche fixe et d'une tranche annuelle de performance, basée sur des conditions ou mesures spécifiques ; et au bout de trois ans, viendra s'ajouter une tranche variable « OMD », basée sur des indicateurs de performance issus du cadre d'évaluation.

Quant à la Banque mondiale, alors qu'elle était un des initiateurs de l'ABS, elle a finalement décidé de passer directement à l'ABG à travers son outil *Poverty Reduction Strategy Credit* (PRSC) ou Crédit d'appui à la stratégie de réduction de la pauvreté (CASRP). Celui-ci a été approuvé au début de 2007 et s'élève à 120 millions USD (soit environ 60 milliards FCFA) sur trois

ans (2007-2009). Toutefois, la Banque s'était engagée à soutenir le PRODESS à concurrence de 3 milliards FCFA pour la Santé et 1 milliard pour le Développement social en 2007. Afin de ne pas mettre ces deux ministères dans l'embarras alors qu'ils avaient déjà programmé des dépenses sur ces fonds, la Banque a décidé d'ajouter ces fonds à ceux du CASRP et a demandé au ministère des Finances qu'ils soient sécurisés par un décret d'avance et soient bien alloués à ces ministères, pour être gérés à travers les procédures PRODESS.

LES INDICATEURS DE L'APPUI BUDGÉTAIRE RELATIFS À LA SANTÉ

LES INDICATEURS DE L'ABS

À travers l'arrangement spécifique, l'ABS a été jusqu'ici sujet à un cadre commun de conditionnalités comprenant⁸ :

- Pour la première tranche fixe : 3 déclencheurs macroéconomiques et 6 déclencheurs sectoriels ;
- Pour la seconde tranche (fixe ou variable selon les PTF) : 1 déclencheur sectoriel, 9 indicateurs de performance relatifs à la Santé et 6 indicateurs de performance relatifs au Développement social.

L'ensemble de ces indicateurs est suivi par les Pays-Bas et la Suède, alors que le Canada n'en suit qu'un échantillon. Ces conditionnalités sont revues au cours de deux comités de suivi de l'ABS, censés se dérouler en novembre de l'année N-1 (mais en réalité au début de l'année N) pour les déclencheurs de la première tranche fixe et en juin ou juillet de l'année N pour les indicateurs de performance de la seconde tranche.

LES INDICATEURS DE L'UNION EUROPÉENNE

Le cadre de suivi du programme 2003-2008 d'ABG de l'UE comprenait des indicateurs dans le domaine des Finances publiques, de l'Éducation, de la Santé et de l'Entretien routier. Environ un cinquième de la tranche variable était lié aux indicateurs de Santé, qui étaient les suivants : (i) la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé ; (ii) le taux de vaccination DTCP3 des enfants de moins d'un an ; (iii) le taux de couverture CPN (structures tous niveaux) ; (iv) le nombre moyen de CPN par femme enceinte (structures tous niveaux) ; (v) le taux d'accouchements assistés (structures tous niveaux).

Le nouveau programme d'ABG de l'UE (2009-2014) comporte pour sa part un indicateur de finances publiques relatif à la Santé (le taux d'exécution du budget de la fonction Santé), plus quatre indicateurs de résultats dans le secteur : (i) le taux de vaccination DTCP3 ; (ii) le taux de vaccination contre la rougeole ; (iii) le taux d'accouchements assistés ; (iv) le taux d'utilisation de la consultation curative.

⁸ | L'annexe IV présente tous ces indicateurs et les met en perspective avec les indicateurs des autres appuis budgétaires.

LES INDICATEURS DE LA BANQUE MONDIALE

La matrice de mesures du CASRP de la Banque mondiale comporte des composantes relatives au renforcement de la gestion des finances publiques, au soutien à la croissance et à l'accès aux services sociaux de base (santé / développement social et eau potable). Pour ce qui concerne la santé et le développement social :

- L'objectif « Améliorer l'offre et la qualité des services de santé » est assorti des indicateurs suivants : nombre de contrats de performance signés avec les hôpitaux ; nombre de couples-année protection ; part des budgets récurrents de la Santé et du Développement social par rapport à celui de l'État ; part des services déconcentrés dans les charges récurrentes du MS et du MDSSPA ;
- L'objectif « Augmenter l'utilisation des services publics et privés de santé » est assorti des indicateurs suivants : taux d'accouchements assistés (y compris par les accoucheuses traditionnelles recyclées) ; pourcentage de la population couverte par des mutuelles de santé.

L'annexe IV met en perspective ces différents indicateurs.

LES ENJEUX SOULEVÉS PAR LE PASSAGE À L'APPUI BUDGÉTAIRE⁹

S'il n'est pas ici question de remettre en cause la décision du gouvernement du Mali et de certains PTF de passer à l'appui budgétaire, il est toutefois très important de documenter et d'analyser les différents problèmes qui ont surgi avec le passage à l'AB, ainsi que les solutions qui ont été trouvées ou du moins proposées. Ceci permet de capitaliser l'expérience malienne pour permettre à d'autres secteurs ou d'autres pays de s'inspirer des bonnes pratiques.

LES ENJEUX LIÉS À LA PLANIFICATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1. L'introduction de l'AB, tant sectoriel que global, a mis en exergue la question de la qualité de la planification du secteur et la structure des différents instruments de planification (budget-programme, CDMT, plans opérationnels). En effet, le passage à l'AB se traduit par un soutien des PTF aux plans opérationnels (PO) des différentes structures, ce qui a fait ressortir l'importance d'améliorer la qualité de ces PO, et plus largement des allocations intrasectorielles des ressources. Les PTF sont en effet en droit d'attendre que les activités programmées s'inscrivent dans une stratégie globale et soient relativement « coût-efficaces » (liens entre objectifs, résultats et coût des activités) – alors que le système de planification actuel n'est pas encore vraiment basé sur une allocation rationnelle des ressources en fonction des besoins du secteur, mais laisse parfois libre cours à la multiplication d'activités qui répondent davantage soit à des intérêts individuels des personnels de santé (per diem, formations à l'étranger, etc.)¹⁰, soit à des préférences des bailleurs de fonds, qui ciblent encore souvent leur financement sur certaines interventions. En outre, le ciblage *de facto* de l'ABS, vu que les dépenses sont précisément justifiées, risque d'induire un biais dans le choix des activités à mener – par exemple, en rassemblant les activités génératrices de per diem sous financement ABS, considéré comme extérieur, et donc bénéficiant de taux plus élevés. La parcellisation des dépenses qui résulte de tout ceci empêche d'avoir une vision de la qualité et de la cohérence de l'ensemble des PO, et du budget dans son ensemble. Pour répondre à ces préoccupations, le MS a mis sur pied une équipe technique chargée d'analyser l'efficacité et l'efficience des dépenses, et révisé régulièrement le processus de planification pour le rendre plus efficient.

9 | Cette section s'inspire notamment de l'atelier sur l'appui budgétaire aux secteurs de la Santé et du Développement social organisé par le MEF et tenu au Grand Hôtel de Bamako les 9, 10 et 11 mai 2007, de même que des analyses de la DAF Santé en matière d'ABS et d'entretiens avec plusieurs représentants des PTF.

10 | Un autre problème déjà connu mais mis en exergue par le passage à l'AB a trait à la dualité du système de per diem selon l'origine des fonds, ce qui cause des distorsions en faveur d'activités rémunérées avec un taux élevé de per diem.

LES ENJEUX LIÉS À LA MOBILISATION DES FONDS DE L'ABG POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ

2. L'abandon par certains PTF de l'approche-projet risque de s'accompagner d'une réduction relative du financement total du secteur de la Santé, vu que l'augmentation des ressources internes allouées au secteur (y compris sur ABG) n'arrive pas nécessairement à compenser la perte des projets. Ainsi, en 2008, les recettes de l'État étant en-deçà des prévisions, cela a entraîné une réduction du budget du secteur de la Santé (toutefois moindre que dans d'autres secteurs). Ceci est exprimé dans le Tableau 2.4 du Chapitre 2 que nous reproduisons ci-dessous, qui inclut donc les ressources internes et les ressources externes suivies par le ministère des Finances.

Tableau 4.2
Cadre budgétaire à moyen terme

MILLIARDS FCFA	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BGE	679,3	737,6	787,2	850,6	935,8	976,6	1014,4	1075,1	1153,3	1241,7
<i>croissance :</i>		8,6%	6,7%	8,1%	10,0%	4,4%	3,9%	6,0%	7,3%	7,7%
Santé	39,38	52,09	53,44	57,1	72,68	65,3	70,1	72,3	79,8	87,4
<i>croissance :</i>		32,3%	2,6%	6,8%	27,3%	-10,2%	7,4%	3,1%	10,4%	9,5%
% Santé / BGE	5,80%	7,06%	6,79%	6,71%	7,77%	6,69%	6,91%	6,72%	6,92%	7,04%

Source : CSRCP 2007

Ce tableau montre que la croissance moyenne annuelle des fonds du secteur de la Santé sur la période 2002-2006 est de 17,25% (contre 8,34% pour le budget de l'État), alors que sur la période 2006-2011, le budget de la Santé ne devrait croître qu'au rythme annuel moyen de 4,05% (contre 5,83% pour le budget de l'État). Cette tendance apparente est préoccupante mais ne doit pas être dramatisée, car les prévisions du CBMT n'incluent que les financements extérieurs qui étaient acquis en 2007, et non ceux qui seront probablement négociés par la suite (notamment dans le cadre du Compact/IHP et des financements innovants pour les OMD) ou qui restent hors budget. C'est pourquoi les plans opérationnels élaborés par chaque entité du secteur donnent un vue d'ensemble plus complète, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4.3
Évolution des PO de 2004 à 2009

(MILLIONS FCFA)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total PO	101.113	85.754	98.464	97.044	105.409	122.551
<i>% t1-t0</i>		-15,19%	14,82%	-1,44%	8,62%	16,26%

Source : DAF/PO 2004 à 2009

3. Le ministère des Finances a accepté de notifier les crédits de l'ABS même si les fonds ne sont pas encore versés, ce qui permet de considérablement accélérer leur utilisation –d'autant plus que la seconde tranche doit attendre le deuxième comité de suivi (juillet) pour être libérée. Ainsi, en 2006, l'ouverture des crédits s'est faite en juin et elle a été notifiée aux autorités régionales en juillet, mais les PTF n'ont libéré leurs fonds qu'en octobre. En 2007, la notification des crédits s'est faite fin mai et dès 2008, l'ouverture des crédits se fait proportionnellement au début de chaque trimestre.

LES ENJEUX LIÉS À LA GESTION FINANCIÈRE DE L'ABS

4. La DAF Santé a émis, dès les ateliers préparatoires à l'ABS, plusieurs réserves quant à l'ABS, du fait notamment : (i) de la perte d'autonomie de gestion des ressources mises à disposition par les PTF au secteur ; (ii) de la perte de la qualité d'ordonnateurs de fait des fonds des PTF pour les acteurs sociosanitaires au niveau région et cercle (DRS, DRDS, médecin-chef de CSRef, etc.) et donc de la faible implication des structures déconcentrées dans la gestion des ressources liées à l'exécution de leur PO ; (iii) de la rémunération insuffisante des missions, séminaires et ateliers ; (iv) de la difficulté d'impliquer les services déconcentrés du MEF dans les processus de planification budgétaire du PRODESS ; (v) et de plusieurs aspects liés à la lourdeur des procédures nationales (contrôle *a priori* qui retarde l'exécution, contrainte de plafonnement des régies d'avances, mise à disposition des avances de fonds conditionnée à la justification intégrale des fonds déjà alloués, lourdeur des procédures d'approvisionnement et d'acheminement de certains biens due à la centralisation des achats au niveau des DRB). Ceci fait en effet peser plusieurs risques sur l'exécution des dépenses : (i) risque de retard dans le financement des activités et/ou de déphasage entre le décaissement des fonds et le chronogramme d'exécution des activités sectorielles ; (ii) retard dans l'acquisition de certains biens à travers les procédures de passation des marchés ; (iii) dès lors, risque de perte de fonds (vu le principe de l'annualité budgétaire)¹¹ – ce qui est toutefois à mitiger car les accords bilatéraux prévoient que le reliquat de l'ABS est transféré sur l'année suivante. Dès lors, plusieurs mesures d'accompagnement ont été sollicitées par la DAF. Certaines ont déjà été mises en œuvre ou sont en passe de l'être (entre autres : l'harmonisation des calendriers budgétaires du PRODESS et de la Loi de Finances ; la rémunération conséquente des missions, séminaires et ateliers en vue

11 | Source : « Leçons apprises dans le cadre de la mise en œuvre de l'appui budgétaire », présentation de la DAF Santé lors de l'atelier sur l'Appui budgétaire aux secteurs de la Santé et du Développement social, Grand Hôtel de Bamako, 9, 10 et 11 mai 2007.

de conserver les avantages déjà acquis par le personnel sociosanitaire sur financement des PTF ; le changement des plafonds des régies et du rôle comptable des DRS ; la déconcentration des services de la Direction générale des Marchés publics (DGMP)), d'autres sont en cours de négociation (notamment, le financement du secteur à hauteur des prévisions du CDMT) et enfin, certaines mesures ne seront sans doute pas remplies dans l'immédiat (l'allocation d'au moins 15% du budget de l'État au secteur de la Santé conformément aux objectifs d'Abuja).

5. L'avènement de l'ABS est récent et l'année 2006 peut être considérée comme une année-test. Les retards de décaissement qui ont eu lieu en 2006 peuvent s'expliquer par une série de raisons spécifiques à cette année (mise à disposition tardive des fonds de la part des PTF, allongement du circuit de la dépense vu la concentration des crédits à la DAF Santé, mauvaise compréhension des procédures au niveau régional) et ils ont été compensés par le transfert des crédits non utilisés sur 2007. Ceci a permis de réaliser des taux d'exécution de l'ABS 2006 de 98,9% et 99% en 2007. L'amélioration du dialogue entre les différentes parties prenantes (DAF, ministère des Finances, PTF, etc.) devrait encore permettre de résoudre au fur et à mesure les problèmes qui se poseront.
6. Parmi les difficultés majeures de mobilisation et d'exécution de l'ABS qui se sont posées, on relève l'absence de services déconcentrés du Budget et des Marchés publics et même de fournisseurs agréés au niveau des Cercles, la lenteur dans la réception des délégations de crédit au niveau opérationnel, la lourdeur des procédures de passation des marchés, l'inadéquation jusqu'en 2008 du plafond de la régie d'avances et le manque de compréhension homogène des procédures d'exécution de l'ABS par les différents acteurs impliqués. C'est pourquoi la DAF Santé a beaucoup milité pour convaincre le ministère des Finances de poursuivre la déconcentration des crédits et d'assouplir les procédures de mobilisation des fonds, notamment en instaurant une régie d'avance spéciale au niveau de la DAF, en transformant les postes comptables régionaux et locaux en régies d'avances et en assouplissant le code de marchés publics. Toutefois, certaines de ces questions ont quelque peu perdu de leur importance vu que seuls 15% des fonds de l'ABS ont été affectés aux structures régionales et aux CSREF en 2008, et 25% en 2009. En outre, la Commission européenne a financé un audit organisationnel de la DAF Santé en 2006, dont les recommandations pour l'allègement des procédures et le plan de renforcement des capacités n'ont pas encore été mises en œuvre. Ceci serait pourtant intéressant pour améliorer le fonctionnement général de la DAF.
7. Enfin, un autre risque souvent sous-évalué de l'appui budgétaire est qu'il est extrêmement tributaire de la trésorerie de l'État. Ainsi, le Mali connaissant depuis quelques années de graves problèmes en ce domaine, il arrive que les fonds de l'ABS soient engagés dans les temps, mais qu'ils mettent de très longs mois avant d'être libérés, ce qui peut retarder certaines activités.

LES ENJEUX LIÉS AU SUIVI DES CONDITIONNALITÉS

8. Certains indicateurs prévus dans l'Arrangement spécifique pour le suivi de l'ABS posent des difficultés d'interprétation et de suivi, notamment vu l'ambiguïté de certains numérateurs et dénominateurs des indicateurs – c'est le cas notamment des ressources transférées aux collectivités territoriales (ce qui n'est pas encore à l'ordre du jour vu l'absence de code économique dans la Loi de Finances et vu que leurs capacités de gestion ne sont pas satisfaisantes) et aux services déconcentrés (certaines dépenses à destination des régions sont gérées par le niveau central pour des raisons d'efficience). La révision de l'Arrangement spécifique pour revoir ou remplacer les indicateurs qui posent problème est régulièrement évoquée lors des comités de suivi de l'ABS, et est en cours de réflexion.
9. Lors de la première année de mise en œuvre de l'ABS, les PTF ont déploré les problèmes qu'ils ont eus pour obtenir des réponses claires de la part du MS par rapport aux indicateurs et aux questions posées. Ceci a été compensé par la transmission *a posteriori* de notes explicatives – mais il est encore nécessaire d'améliorer la préparation des réunions du comité de suivi, de clarifier les formats des rapports et de transmettre préalablement aux PTF des notes expliquant le mode de calcul des indicateurs.
10. En particulier, les PTF ont été confrontés à la difficulté de comparaison entre le CDMT, le budget programme, le PO et la Loi de Finances, du fait de la non-inscription dans la LdF de certains financements inscrits au CDMT et au PO (recouvrement des coûts, contributions des communautés, des collectivités et des partenaires hors Budget spécial d'Investissements (BSI), y compris les ONG) ainsi que de l'inscription dans la LdF de certaines dépenses spécifiques de la fonction Santé qui ne transitent pas par le MS. Ceci rend nécessaire l'utilisation de tableaux de conversion.
11. En outre, des différences de définitions font qu'il existe parfois des divergences entre les valeurs des indicateurs trouvés dans les différents documents (Annuaire statistiques, PRODESS, CSLP), ce qui rend d'autant plus nécessaire la précision du mode de calcul des indicateurs.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Avec le passage à l'appui budgétaire, le renforcement des capacités de programmation, d'exécution et d'évaluation des ministères sectoriels devrait devenir la priorité commune du gouvernement et de l'administration du Mali, ainsi que des PTF. En particulier, il devient plus que jamais nécessaire de s'assurer de la cohérence de la planification « macro » des dépenses (à travers le CDMT) et de la pertinence et la qualité des activités inscrites dans les PO. Ceci a justifié en 2008 la mise sur pied par le MS d'une équipe technique chargée d'analyser l'efficacité et l'efficacités des dépenses réalisées et programmées, afin d'identifier les activités qui sont réellement « coût-efficaces » au regard des objectifs sectoriels, et d'évaluer l'efficacité des différentes modalités de financement. Ceci aura en outre l'avantage de permettre une meilleure planification, en identifiant les « priorités absolues » à réaliser avec les financements qui sont assurés dès la tenue des CROCEP, plus des « priorités secondaires » que l'on peut financer avec les financements annoncés plus tardivement. En outre, cela devrait permettre au MS d'inciter les PTF à utiliser les modalités d'aide les plus efficaces et de limiter l'usage de financements ciblés, car l'efficacité requiert que les financements extérieurs puissent être affectés en fonction des besoins exprimés dans les PO.

Le ciblage des fonds de nombreux PTF sur des dépenses spécifiques, justifiées séparément, nuit en effet à la programmation optimale des ressources en « compartimentant » les sources de financement et les activités, et fait courir le risque d'une programmation orientée vers les activités bancables. De même, la traçabilité des fonds de l'ABS via leur justification séparée est en fait illusoire, vu que l'ABS, et de manière générale l'aide extérieure, sont en grande partie fongibles avec les ressources nationales : on peut en effet considérer que les dépenses réalisées sur ABS soulagent la contrainte budgétaire du MS, qui peut dès lors utiliser les fonds de l'État comme il le souhaite. D'où toute l'importance de suivre et d'évaluer l'ensemble des dépenses du secteur, réalisées sur toutes les sources de financement, afin d'avoir une vision globale de leur efficacité. Ce suivi est réalisé au cours des réunions des organes du PRODESS.

La gestion séparée des fonds de l'ABS n'est pas nécessaire et leur incorporation totale avec les fonds nationaux permettrait de fluidifier le financement du secteur. Toutefois, si le système actuel de séparation des fonds de l'ABS est maintenu, il serait alors peut-être intéressant de cibler ces fonds sur des priorités qui ne peuvent pas facilement être prises en charge par l'État – comme par exemple la motivation des ressources humaines de santé, qui fait l'objet de restrictions de la part de la Fonction publique et du MF, mais dont l'ensemble des PTF reconnaît l'importance.

L'expérience de l'ABS Santé au Mali démontre également à quel point la bonne volonté et le dialogue entre les différentes structures de l'État concernées (en particulier entre les ministères sectoriels et celui des Finances) et avec les PTF sont importants pour gérer la transition et lever les contraintes qui pesaient initialement sur le succès de l'ABS. À cet effet, le

groupe thématique « ABS/Appui aux DAF », qui est un des plus actifs, a permis de lever de nombreuses contraintes grâce au dialogue et à la confiance mutuelle qui s'est développée au fil du temps.

Enfin, il apparaît peu efficace de faire de l'appui budgétaire sans efforts corollaires en matière de renforcement des capacités institutionnelles des ministères sectoriels. La CPS a en ce sens effectué des requêtes d'assistance technique pour l'aider à gérer la transition vers l'AB, mais ce n'est pas le cas de la DAF. De même, les PTF de l'ABS souhaitaient réaliser régulièrement des formations au profit des régions et des cercles, mais ceci n'a pas encore été organisé. À terme, il serait intéressant pour les PTF d'envisager de créer un pool de compétences pour aider au renforcement des capacités du MS – tant au niveau central que périphérique – en termes de programmation, d'exécution, de production de statistiques et d'évaluation.

RÉFÉRENCES

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.

DAF/MS, « Leçons apprises dans le cadre de la mise en œuvre de l'appui budgétaire », présentation lors de *l'atelier sur l'Appui budgétaire aux secteurs de la Santé et du Développement social*, Grand Hôtel de Bamako, 9, 10 et 11 mai 2007.

Rapport général de l'atelier sur l'appui budgétaire aux secteurs de la Santé et du Développement social, Grand Hôtel de Bamako, 9-11 mai 2007 (rapporteurs : Adama Barry et Elisabeth Paul).

MS/MDSSPA, *Rapport technique 2006* du PRODESS.

APPROCHE SECTORIELLE ET FINANCEMENTS SPÉCIFIQUES POUR LA SANTÉ

***SALIF SAMAKÉ, ELISABETH PAUL,
IGNACE RONSE***

Depuis une dizaine d'années, on constate une explosion d'initiatives « globales » (c'est-à-dire dépassant les limites d'un pays ou même d'une sous-région) visant à lutter contre certains problèmes de santé dans les pays en développement. Ces initiatives se distinguent par leur relative jeunesse dans le panorama de l'aide internationale, par des mécanismes de financement innovants – notamment le partenariat public-privé – et par le fait qu'elles sont généralement ciblées sur un ou quelques aspects spécifiques de la santé (par exemple, des maladies particulières ou la santé maternelle et infantile).

La tendance à l'émergence d'initiatives globales pour la santé a été renforcée notamment par la résurgence de grandes épidémies (pandémie du VIH/SIDA, tuberculose, malaria, ...), la prise de conscience de la persistance de « maladies oubliées » (onchocercose, ulcère de Buruli, ...) ainsi que par l'engagement de la communauté internationale en faveur de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). On assiste depuis quelques années à une véritable multiplication de ces initiatives, dont on estime le nombre, d'après la définition retenue, à une centaine (WHO, 2007 : 3). Quant aux montants engagés, on estime qu'en 2004, environ 14 milliards de dollars US ont été consacrés au financement international de la « santé globale », chiffre qui est en augmentation continue vu l'arrivée de nouveaux acteurs et l'ampleur que prennent certains fonds et fondations (Kates et al., 2006).

Si l'arrivée de ces nouveaux acteurs paraît a priori favorable aux pays pauvres, cette appréciation peut cacher d'importants problèmes et distorsions causés par leur spécificité et leurs mécanismes de financement, qui risquent de réduire les effets positifs souhaités. En effet, les initiatives globales et fonds verticaux ajoutent à la complexité de l'architecture de l'aide dans le secteur et la santé (WHO, 2007 : 3-4). Elles ne s'intègrent souvent pas dans les systèmes en place et un courant de plus en plus vaste de la littérature scientifique pointe les dangers d'appliquer une approche spécifique – et non systémique – aux problèmes de santé, en particulier dans les pays en développement caractérisés par des systèmes sanitaires faibles, à la capacité d'entropie limitée (par exemple Caines et al., 2004 ; Lu et al., 2006).

Au Mali, on recense pas moins d'une quinzaine de partenariats globaux pour la santé (Carlson, 2004). Les plus importants en termes de financements sont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI Alliance, le Millennium Challenge Corporation (MCC) et la Bill et Melinda Gates Foundation. Si ces initiatives ont le mérite de mobiliser des ressources supplémentaires pour le secteur, elles s'accompagnent de risques qui doivent être jaugés avec précaution. En particulier, ces financements spécifiques, parfois conséquents, risquent de détourner les efforts entrepris dans le cadre de l'approche sectorielle, voire même d'entrer en contradiction avec les priorités du PRODESS. Le ministère de la Santé est tout à fait conscient des enjeux qui se posent et essaie de les gérer au mieux afin d'assurer des synergies positives entre le système de santé et les financements spécifiques.

Ce chapitre vise à analyser comment les financements spécifiques pour la santé s'intègrent dans l'approche sectorielle au Mali. Il commence par présenter brièvement le panorama des initiatives spécifiques et fait ensuite le relevé des risques qu'elles soulèvent. Les opportunités de synergies entre financements spécifiques, renforcement du système de santé et approche sectorielle sont alors présentées.

LE PANORAMA DES FINANCEMENTS SPÉCIFIQUES POUR LA SANTÉ AU MALI

De nombreuses initiatives spécifiques sont nées dans la foulée des OMD et de ce fait, ciblent la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) et maternelle (OMD 5), ainsi que le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6). Toutefois, plusieurs initiatives sont également nées pour combattre les maladies dites oubliées ou émergentes. Au Mali, le panorama des financements spécifiques pour la santé se présente comme suit.

LES FONDOS DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

La lutte contre le VIH/SIDA fait l'objet de financements internationaux colossaux. Au Mali, les principaux bailleurs de fonds ayant développé des actions spécifiques dans ce domaine sont le Fonds mondial, la Banque mondiale, avec son projet multisectoriel « MAP » (*Multisectorial Aids Program*), et la Banque africaine de Développement (BAD). Les financements apportés par ces trois bailleurs à la lutte contre le VIH/SIDA sont gérés à travers un mécanisme spécifique, coordonné par le Secrétariat exécutif (SE) du Haut conseil national pour la lutte contre le sida (HCNLS).

LES FINANCEMENTS CIBLÉS SUR D'AUTRES MALADIES

Plusieurs autres maladies font l'objet de financements spécifiques au Mali, en particulier le paludisme et la tuberculose. Toutefois, l'intégration des financements extérieurs dans ces domaines est relativement bonne, puisque le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et celui contre la tuberculose (PNLT), gérés par la Direction nationale de la Santé (DNS), coordonnent les activités. On peut par ailleurs citer les autres maladies suivantes, qui font l'objet de financements extérieurs ciblés, notamment de la part de l'OMS : la dracunculose ou ver de Guinée, la drépanocytose (assistance technique française), le diabète (Santé Diabète Mali), la cécité (projet « Milagro » de la coopération cubaine), l'onchocercose, la schistosomiase, la poliomyélite, la trypanosomiase (maladie du sommeil), les filarioses, la lèpre, l'ulcère de Buruli, etc. L'OMS a également des financements ciblés sur la santé mentale et le cancer.

LES FINANCEMENTS CIBLÉS SUR CERTAINES ACTIVITÉS ET/OU CERTAINES CATÉGORIES DE POPULATION

Plusieurs initiatives internationales sont également ciblées sur la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, entre autres, la vaccination fait l'objet de financements extérieurs spécifiques, en particulier de la part de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), de l'OMS, de l'UNICEF, de USAID et du Rotary. L'administration de vitamine A est appuyée notamment par l'UNICEF, le PAM, HKI, et Plan International. La planification familiale est notamment financée par USAID et l'UNFPA. L'OMS finance également des activités de prévention telles que la lutte contre le tabagisme.

LES INITIATIVES GLOBALES DE COORDINATION

Le nombre d'acteurs intervenant dans le secteur de la santé s'est tellement multiplié au cours des dernières années que l'architecture de l'aide s'est considérablement complexifiée (WHO, 2007). Pour répondre à cette complexification et permettre d'améliorer l'efficacité de l'aide dans un contexte d'augmentation des financements internationaux (*scaling up*), on voit émerger depuis peu des initiatives globales visant à coordonner les acteurs intervenant dans la santé. On peut ainsi citer la *Scaling-up for Better Health Initiative*, la *Catalytic Initiative*, ou encore l'initiative *Harmonization for Health in Africa* (HHA), portée par les principales agences onusiennes et assimilées actives dans le secteur de la santé que sont l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF, la BAD et l'UNFPA, et qui a trait particulièrement à la fourniture conjointe d'appui technique. Plus récemment, le Premier ministre britannique a lancé fin 2007 l'*International Health Partnership* (IHP)¹. L'IHP se veut être un partenariat piloté par le pays bénéficiaire, engageant les parties signataires à accélérer les actions pour augmenter l'utilisation des services de santé et améliorer les résultats relatifs aux OMD Santé et à la couverture universelle en soins de santé. Le Mali est un des huit premiers pays en développement à avoir souscrit à l'IHP et le premier pays d'Afrique francophone à avoir signé, le 20 avril 2009, un « Compact » avec ses partenaires pour concrétiser les engagements de chacun en faveur de l'augmentation et de l'amélioration de l'efficacité de l'appui au programme sectoriel.

1 | Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net>.

LES RISQUES ET ENJEUX LIÉS AUX FINANCEMENTS SPÉCIFIQUES

Malgré les avantages d'une augmentation des financements internationaux pour la santé, plusieurs risques et enjeux sont liés aux financements spécifiques. Nous synthétisons d'abord ce qu'en dit la littérature, avant de présenter la situation au Mali.

LES RISQUES POINTÉS DANS LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Même si les preuves scientifiques à ce sujet sont limitées et parcellaires, il apparaît que les initiatives globales pour la santé ont, dans leur ensemble, atteint des résultats appréciables à certains niveaux, en particulier pour augmenter le niveau des financements, accélérer les progrès dans certains domaines et encourager la recherche et la mise à disposition de nouveaux traitements (Caines et al., 2004 ; Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Co., 2005). Toutefois, au même moment, de sérieuses inquiétudes sont soulevées quant à l'efficacité de certaines initiatives et quant à leur efficacité et leur impact global. Les principaux doutes soulevés dans la littérature quant aux financements spécifiques ont trait à :

- **Un manque d'efficacité au niveau global et de soutenabilité :** Si les initiatives spécifiques sont parfois très efficaces pour atteindre des résultats ponctuels, elles ont rarement une vision globale du système dans lequel elles opèrent ; elles ont tendance à dupliquer les efforts et les instances de coordination ; soit à boycotter les systèmes locaux, soit à les détourner à leur profit ; et leurs financements sont imprévisibles, de court terme et peu coordonnés (Caines et al., 2004 ; Ruxin et al., 2005 ; Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Co., 2005). Dès lors, la fragmentation croissante de l'appui à la santé, qui s'accompagne d'une multiplication des coûts fixes, laisse craindre une diminution de son efficacité globale. En outre, la soutenabilité des résultats de ces initiatives pose également un gros problème car les pays bénéficiaires s'engagent, poussés par les financements extérieurs, dans des programmes conséquents qu'ils auront très peu de chances de pouvoir reprendre à leur compte si les financements extérieurs se tarissent, comme prévu, après quelques années (Caines et al., 2004).
- **Des problèmes liés à l'allocation des ressources des initiatives globales et fonds spécifiques :** Les initiatives globales et financements spécifiques ont tendance à imposer leurs propres priorités, qui ne correspondent pas nécessairement aux besoins les plus criants au regard du profil épidémiologique des pays concernés. Ainsi, Carlson (2004) ne trouve qu'une corrélation modérée entre la prévalence ou le nombre de cas d'une maladie et la présence d'un partenariat pertinent pour la santé globale. Sridhar et Batniji (2007) constatent également que les décisions de déboursement et d'actions prioritaires de santé globale sont condi-

tionnées par les mandats institutionnels des organismes de financement et par des considérations d'influence politique, plus que par les besoins réels ressortant d'analyses de santé publique dans les pays considérés. En outre, les priorités des initiatives globales ne correspondent pas non plus aux besoins financiers : ainsi, Carlson (2004) ne trouve aucune corrélation entre le niveau des dépenses de santé publique dans un pays et le nombre ou le type de partenariats pour la santé globale présents dans ce pays.

- **Des problèmes macroéconomiques, de capacités d'absorption et de « crowding-out »** : L'arrivée massive de financements ciblés sur quelques maladies pose en fait de nombreux problèmes pour assurer que ces ressources puissent être absorbées sans compromettre l'équilibre macroéconomique du pays. À ce niveau, il semble que le principal facteur de risque d'instabilité vienne de la volatilité des flux d'aide plutôt que de leur magnitude (Caines et al., 2004). Un autre problème souvent pointé a trait au risque de manque de capacités techniques des pays bénéficiaires pour effectivement absorber les ressources supplémentaires en augmentant la couverture des programmes de santé. Par ailleurs, dans certains pays, les objectifs de dépenses par secteur fixés dans les cadres des dépenses à moyen terme (CDMT) peuvent se convertir en plafonds de dépenses, qui sont rapidement saturés à cause de l'arrivée massive de financements spécifiques pour la santé, auquel cas ces financements extérieurs sont compensés par une réduction des dépenses nationales de santé (Ooms and Schrecker, 2005). Ceci s'est passé en Ouganda par exemple, où les financements du Fonds mondial ne se sont pas ajoutés au budget du secteur santé, mais se sont fondus avec les ressources nationales dans les limites des plafonds sectoriels (Wendo, 2002). Si les financements concernés sont ciblés sur des maladies qui ne correspondent pas aux priorités nationales ou utilisent des systèmes de gestion parallèles, cela pose d'énormes problèmes pour le financement des priorités sectorielles et le fonctionnement normal du système de santé.
- **Des effets pervers sur les systèmes de santé** : Il est souvent avancé que la multiplication des initiatives spécifiques dans un pays risque de causer des effets pervers sur son système de santé, car soit elles contournent les systèmes de santé existants qu'elles jugent trop faibles, soit elles les utilisent à leur compte en drainant une partie des ressources humaines (surtout les plus qualifiées) vers leurs activités, aux dépens du système dans son ensemble. En particulier, la gestion des fonds dédiés, par exemple, à la lutte contre le VIH/SIDA dans de nombreux pays africains risque de drainer les ressources et de dépasser les capacités de gestion des administrations nationales (tant au niveau central qu'au niveau opérationnel) et dès lors de déformer les systèmes de santé. Ainsi, une étude sur le fonctionnement du Fonds mondial, de l'Initiative du président Bush contre le sida (PEPFAR) et du MAP dans trois pays d'Afrique subsaharienne (Mozambique, Ouganda et Zambie) a montré qu'au ni-

veau opérationnel, les trois programmes ont établi des systèmes et processus spécifiques, distincts de ceux du gouvernement. Plusieurs cas de détournement des ressources humaines, notamment à travers des compléments de salaires pour répondre à des exigences spécifiques aux programmes, ont été reportés, ce qui risque de les éloigner de leur travail de routine et systémique (Ooman et al., 2008).

- Enfin, plusieurs **critiques ponctuelles sur la façon de travailler de certaines initiatives spécifiques pour la santé** sont reportées, telles que le manque de soutien technique aux pays bénéficiaires, la tendance à développer des programmes « taille unique » sans tenir compte des spécificités de chaque pays, et celle de ne pas assez communiquer avec les pays partenaires et les autres PTF (Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Co., 2005).

LA SITUATION AU MALI

On retrouve au Mali plusieurs des effets pervers mentionnés dans la littérature, dont nous relevons les plus importants ici.

Concernant l'allocation des ressources, on peut en effet redouter que la disponibilité des financements dicte d'une certaine façon l'accent mis sur certaines activités, plus que les réelles priorités en termes de santé publique. Ainsi, l'importance des fonds dédiés à la lutte contre le VIH/SIDA est vraisemblablement disproportionnée par rapport au poids que pose la maladie en termes de prévalence (1,3% selon l'EDS.M-IV de 2006), de morbidité et de mortalité au Mali. En règle générale, les programmes spécifiques ne cherchent pas à répondre aux besoins du système de santé malien, mais c'est plutôt le ministère de la Santé qui doit tenter d'intégrer ce qu'offrent les programmes internationaux dans les activités du PRODESS.

Concernant l'efficacité des systèmes de gestion, la plupart des programmes spécifiques ont leurs propres modalités de gestion et créent parfois des structures de coordination et de gestion séparées – et dès lors, une fois de plus, c'est le MS et l'approche sectorielle qui doivent s'adapter aux systèmes des programmes internationaux, plutôt que le contraire. C'est le cas notamment du Fonds mondial (l'initiative globale la plus importante en termes de financements au Mali), dont les procédures de gestion sont très lourdes et mobilisent un nombre important de cadres à chaque nouvelle requête, et dont les activités sont coordonnées à travers un mécanisme de coordination national (*Country Coordination Mechanism* – CCM) distinct des organes de coordination du PRODESS. La fragmentation de l'aide dans le secteur de la santé (on y recense pas moins d'une cinquantaine de PTF), accentuée par l'arrivée de nouvelles initiatives spécifiques, augmente les coûts de transaction individuels et laisse présager une diminution de l'effi-

cience globale. En outre, même si elle utilise des structures spécifiques, la gestion de ces fonds n'est pas nécessairement idéale, comme en témoignent les problèmes qu'a longtemps connus le MAP de la Banque mondiale pour déboursier efficacement les ressources mises à disposition.

Il est difficile d'évaluer précisément les problèmes macroéconomiques qui se posent du fait de l'augmentation des financements spécifiques à la santé. Si l'allocation globale au secteur de la santé est contrôlée par le mécanisme de cadre budgétaire à moyen terme (CBMT), le risque d'une diminution des financements propres allant au secteur est mitigé en raison de l'utilisation, par les PTF fournissant de l'appui budgétaire, de conditionnalités visant à garantir que la part de la santé dans le budget récurrent de l'État est en progression.

Quant aux effets pervers sur le système de santé, aucune étude détaillée sur le sujet n'a été menée au Mali, mais on relève une série de preuves anecdotiques qu'un tel risque est réel. Il se manifeste notamment par la multiplication de supervisions spécifiques des programmes, au détriment des supervisions intégrées. Une anecdote illustre bien ce propos : un jour, lors d'une supervision intégrée, on a trouvé un agent de santé qui possédait trois motos de sources différentes, et qui les utilisait selon le programme concerné. Cet agent fournissait plus régulièrement et plus rapidement les rapports des programmes verticaux – offrant des per diem particuliers – que les rapports réguliers du système d'information. Au Comité technique de juin 2008, on recensait environ quatre supervisions spécifiques pour une supervision intégrée. En outre, plusieurs cadres de haut niveau du MS ont été captés par le mécanisme de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA.

LES OPPORTUNITÉS DE SYNERGIES ENTRE FINANCEMENTS SPÉCIFIQUES, RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET APPROCHE SECTORIELLE

LES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Il est communément admis que non seulement l'atteinte des OMD ne pourra se faire sans un renforcement des systèmes de santé, mais qu'en plus, la performance et la pérennité des programmes de lutte contre les maladies spécifiques dépend de la performance du système de santé dans son ensemble (Caines et al., 2004 ; Ruxin et al., 2005 ; WHO, 2006 ; Lorenz, 2007 ; Ooman et al., 2008). C'est pourquoi le renforcement des systèmes de santé (RSS) revient en première ligne des préoccupations tant des donateurs que des gouvernements bénéficiaires, et qu'il devient même un objectif en soi de certaines initiatives globales. L'OMS a d'ailleurs mis sur pied un groupe de collaboration pour la maximisation des synergies positives entre initiatives globales et systèmes de santé, auquel le MS du Mali a été intimement associé (voir plus bas). Plusieurs solutions pour faire en sorte que les financements spécifiques contribuent au RSS sont envisageables, en particulier :

- **L'alignement sur les politiques et systèmes locaux :** La condition première est de s'inspirer de l'expérience de l'aide au développement en général et des principes formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide : essayer d'aligner autant que possible les programmes et initiatives globales sur les priorités nationales, de réduire les coûts de transaction dus à des exigences administratives spécifiques, et d'utiliser au maximum les systèmes de gestion nationaux (Caines et al., 2004 ; Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Co., 2005 ; WHO, 2006). Ceci doit s'accompagner d'une participation au dialogue politique sectoriel et, le cas échéant, de la participation active des initiatives globales dans l'élaboration des stratégies d'intervention et de financement, en partageant leurs expériences, en menant des projets pilotes, en appuyant leur passage à échelle, ainsi qu'en veillant au respect de valeurs telles que l'équité des politiques et à la recherche de sources de financement pérennes (WHO, 2006). Quant aux modalités de gestion, les études de cas décrites dans Caines et al. (2004) recommandent que, lorsqu'une approche sectorielle ou un fonds commun existent dans le secteur santé, les initiatives globales essaient de faire passer leurs fonds par les mécanismes existants et non via des procédures parallèles. Ainsi, au Mozambique, le Fonds mondial est totalement intégré dans l'approche sectorielle santé depuis 2004, et ses fonds sont gérés à travers le panier commun en soutien au programme sectoriel (voir Dickinson et al., 2007). De manière générale, même sans utiliser les systèmes nationaux, les initiatives globales doivent prendre en compte les capacités d'absorption – en particulier les ressources humaines – des pays dans lesquels elles

interviennent, et tenter de s'intégrer le plus possible dans les services et le fonctionnement des districts sanitaires (Caines et al., 2004 ; Ooman et al., 2008). Concernant les relations avec les autres partenaires, l'OMS pense que le meilleur moyen de promouvoir les synergies est au niveau de chaque pays, en s'alignant sur les plans et règles conçus par le gouvernement lorsqu'ils sont crédibles. Sinon, les PTF peuvent s'entendre sur une division claire des tâches entre les différentes agences de coopération et ainsi renforcer l'interaction au niveau global entre les initiatives globales et les autres partenaires actifs dans le RSS (WHO, 2006).

- **Les interventions directes en renforcement du système de santé :** L'OMS estime que le RSS nécessite d'améliorer les capacités dans six composantes critiques du système – les politiques, le financement, les ressources humaines, les systèmes de gestion des stocks et des fournitures, la gestion des services et les systèmes d'information et de suivi – afin d'atteindre des améliorations équitables et soutenables au niveau des services et résultats sanitaires (WHO, 2006). Ce renforcement dans les pays les plus pauvres requiert à la fois un financement à long terme des bailleurs de fonds et un engagement politique cohérent tant des bailleurs que des gouvernements bénéficiaires (Ruxin et al., 2005). Les initiatives globales pour la santé ont des rôles, des responsabilités et des opportunités au regard de chacune des composantes du RSS et peuvent investir dans le RSS de plusieurs façons : par le financement direct, par la participation au dialogue politique dans les pays d'intervention, ou encore par la sensibilisation sur le RSS. En particulier, les initiatives globales ont un rôle important à jouer dans le développement de politiques adéquates de gestion des ressources humaines pour la santé et la promotion du partenariat public-privé (WHO, 2006). Elles doivent également s'assurer que leurs financements s'accompagnent des ressources nécessaires – en particulier techniques – et d'une flexibilité suffisante pour faire en sorte qu'ils soient correctement utilisés (Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Co., 2005: 1-2).
- **Plus concrètement, plusieurs exemples de bonnes pratiques individuelles** sont relevés dans la littérature, comme par exemple fournir de l'assistance technique aux programmes nationaux ; financer des formations initiales et continues en vue du renforcement des capacités techniques, de gestion et financières ; utiliser – en les renforçant – les systèmes d'information sanitaires et les systèmes de distribution de médicaments locaux (GAVI par exemple a une grande expérience dans ce domaine, et peut soutenir le développement des chaînes de froid, etc.) ; soutenir le gouvernement dans le développement de sa politique de gestion des ressources humaines et financer l'engagement de personnel supplémentaire – plutôt que de donner des compléments de salaires au personnel existant ; développer des approches innovantes ; ou encore soutenir l'intégration d'acteurs non gouvernementaux (Caines et al., 2004 ; WHO, 2006 ; Oomans et al., 2008).

L'INTÉGRATION DES FONDS GLOBAUX DANS LES SYSTÈMES EN PLACE

Au Mali, à l'heure actuelle, on recense plusieurs exemples d'intégration des initiatives globales et des financements spécifiques dans le système en place, et ce principalement dans deux domaines. Premièrement, plusieurs organismes tentent de s'intégrer dans le processus de coordination et la dynamique d'approche sectorielle. C'est le cas notamment de l'ONUSIDA et de l'Initiative pour le Leadership ministériel (ILM). Le Fonds mondial, par contre, a développé un mécanisme de coordination propre, mais qui fait participer des représentants du MS et des PTF actifs dans l'approche sectorielle. Ceci garantit une certaine cohérence mais n'empêche pas une duplication des tâches et une contre-productivité, dans la mesure où les compétences des organes se recouvrent avec des présidences distinctes et des agendas parfois compétitifs, notamment pour ce qui concerne la priorité à donner dans le cadre de ressources (financières ou humaines) limitées.

Deuxièmement, certains programmes spécifiques et initiatives globales ont permis de contribuer à l'élaboration de stratégies sectorielles. C'est le cas notamment du programme de Survie de l'enfant de l'UNICEF et de celui de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) de l'OMS, qui ont été généralisés pour constituer la base de la Stratégie nationale de survie de l'enfant.

Par contre, on ne constate guère d'alignement des financements spécifiques dans les systèmes de gestion locaux : leur programmation est encore souvent dictée par les contraintes institutionnelles des organismes de financement, la gestion financière est encore séparée, et les programmes spécifiques ont encore des mécanismes de rapportage séparés.

LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (RSS) AU MALI

Comme déjà mentionné, il existe désormais un consensus international sur l'importance de renforcer le système de santé pour atteindre les résultats, dont les OMD. Face au constat de la spécificité de nombreux financements et du manque de ressources existantes pour le RSS, plusieurs initiatives ont récemment vu le jour, visant à financer directement des activités de RSS. C'est le cas notamment d'initiatives globales telles que GAVI Alliance (voir <http://www.gavialliance.org/support/what/hss/index.php>) et le Fonds mondial (voir www.theglobalfund.org), qui ont lancé un volet de financement du RSS.

Conscient de l'importance de la question, le ministère de la Santé a soumis plusieurs propositions au titre de ces initiatives. Le financement de GAVI/

RSS, en particulier, concernera le renforcement de cinq domaines prioritaires sur les sept du PRODESS, à savoir le développement des ressources humaines, le renforcement de la qualité des services de santé, le renforcement des capacités institutionnelles et de la décentralisation, le renforcement du système de suivi/évaluation et la recherche opérationnelle en santé. Les principales activités proposées concernent notamment le système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées, par la subvention des primes d'incitation financière aux agents techniques ; la formation des équipes-cadres de districts en gestion et leadership ; le renforcement de la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CS-COM ; l'accréditation des districts performants appliquant notamment l'approche centrée sur le patient ; ou encore le développement du partenariat public-privé. Par contre, le volet RSS prévu pour financement par le Fonds mondial a été refusé, ce qui a menacé l'ensemble de la cohérence de la démarche de RSS, qui pourra toutefois peut-être être heureusement récupéré par le Compact. Ceci démontre encore l'incohérence de l'approche-projet (notamment du Fonds mondial), du moins pour résoudre des problèmes structurels comme le RSS, qui nécessitent une intervention systémique harmonisée, consensuelle et globale.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a développé plusieurs stratégies pour le renforcement de quelques aspects déterminés du système de santé. On pense en particulier à la Politique nationale et au Plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la Santé (voir Chapitre 6). Afin de garantir la cohérence entre ces initiatives, le MS a conçu fin 2008 un Plan stratégique national de renforcement du système de Santé (PSN/RSS). Celui-ci servira de référence commune aux différents appuis au RSS, et constitue un des piliers du Compact/IHP.

LE GROUPE DE TRAVAIL « MAXIMIZING POSITIVE SYNERGIES »

Face aux enjeux que posent les financements spécifiques sur les systèmes de santé, l'OMS a lancé un groupe de travail sur la maximisation des synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives globales pour la santé (« Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives »). Il a pour ambition d'exploiter les opportunités fournies par le développement des initiatives globales pour renforcer les synergies positives et catalyser un regain d'intérêt pour les soins de santé primaires.

Ce groupe de travail fonctionne à travers des consultations d'experts ainsi que trois consortiums : un constitué d'universitaires, un constitué de représentants de la société civile et un constitué de praticiens, lequel doit veiller à la cohérence des recherches menées par les deux autres et sera chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre des recommandations pratiques.

Ce consortium de praticiens est piloté par le ministère de la Santé du Mali et celui de la Thaïlande.

Le groupe de travail se fonde sur quelques principes partagés, notamment sur la reconnaissance du fait que les systèmes de santé sont en crise, que les programmes spécifiques peuvent certes constituer un point d'entrée pour le RSS, mais que les synergies positives entre les deux doivent être délibérément planifiées, au cours d'un processus inclusif (voir <http://www.who.int/healthsystems/GHIsynergies>). Les résultats et les recommandations pratiques des analyses menées ont été diffusés mi-2009 (voir *WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group*, 2009). Le Mali sera un des premiers pays à les mettre en œuvre, ce qui améliorera encore certainement l'intégration des financements spécifiques pour le renforcement du système de santé.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

En conclusion, ce chapitre a montré que la tendance actuelle à la multiplication des financements spécifiques et des initiatives globales pour la santé pose des défis majeurs, mais offre aussi des opportunités pour les systèmes de santé d'un pays comme le Mali. À l'heure actuelle, quelques efforts d'intégration des programmes dits « verticaux » dans le système « horizontal » et la dynamique d'approche sectorielle sont perceptibles au Mali. Ils seront certainement largement renforcés par les résultats de la réflexion internationale sur les synergies positives entre initiatives globales et RSS, dans laquelle le MS est très impliqué, de même que par la mise en œuvre du Plan stratégique national de renforcement du système de Santé et de la Politique de développement des ressources humaines, tout ceci dans le cadre de la mise en œuvre du Compact/IHP.

RÉFÉRENCES

Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Company, 2005, "Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences", document présenté au 3e Forum de Haut Niveau sur les OMD liés à la Santé, Paris, 14-15 novembre (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GatesGHPNov2005.pdf>).

Caines, Karen, and Kent Buse, Cindy Carlson, Rose-Marie de Loor, Nel Druce, Cheri Grace, Mark Pearson, Jennifer Sancho, and Rajeev Sadanandan, 2004, "Assessing the Impact of Global Health Partnerships", *DFID Health Resource Centre*, Department for International Development.

Carlson, Cindy, 2004, "Mapping Global Health Partnerships. What they are, what they do and where they operate", *GHP Study Paper 1*, DFID Health Resources Centre, Department for International Development.

Dickinson, Clare, Javier Martínez, Dan Whitaker, and Mark Pearson, 2007, "The Global Fund operating in a SWAp through a common fund: issues and lessons from Mozambique", *Policy Brief*, HSLP Institute (janvier).

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : www.theglobalfund.org

GAVI Alliance: <http://www.gavialliance.org>

Kates Jennifer, J. Stephen Morrison, and Eric Lief, 2006, "Global Health Funding: A Glass Half Full?", *The Lancet* 368(9531):187-188.

Lorenz, Nicolaus, 2007, "Aid Effectiveness of Global Health Partnerships", Presentation to the *International Conference on Program Based Approaches in the Health Sector*, Antananarivo, 2-4 octobre.

Lu, Chunling, Catherine Michaud, Kashif Khan, Christopher Murray, 2006, "Absorptive Capacity and Disbursements by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Analysis of Grant Implementation", *Lancet* 368(9534): 483-488.

Maximizing Positive Synergies:
<http://www.who.int/healthsystems/GHIsynergies> .

Oomman, Nandini, Michael Bernstein, and Steven Rosenzweig (Eds.), 2008, "Seizing the opportunity on AIDS and health systems", Washington, DC: Center for Global Development.

Ooms, Gorik, and Ted Schrecker, 2005, "Expenditure Ceilings, Multilateral Financial Institutions, and the Health of Poor Populations", *Lancet* 365(9473):1821-1823.

Ruxin, Josh, Joan Paluzzi, Paul Wilson, Yesim Tozan, Margaret Kruk, Awash Teklehaimanot, 2005, "Emerging Consensus in HIV/AIDS, Malaria,

Tuberculosis, and Access to Essential Medicines”, *Lancet* 365(9459):618-621.

Sridhar, Devi, and Rajaie Batniji, 2007, “Misfinancing Global Health: The Case for Transparency in Disbursement and Decision-Making”, *GEG Working Paper* 2007/35, Oxford: University College.

Wendo, Charles, 2002, “Global Fund Money Won’t Increase Health Spending, Says Uganda”, *Lancet* 360(9342): 1312.

World Health Organization (WHO), 2006, “Opportunities for Global Health Initiatives in the Health System Action Agenda”, *Making Health Systems Work: Working Paper No. 4 WHO/EIP/healthsystems/2006.1*, Genève : WHO.

World Health Organization (WHO), 2007, “Aid Effectiveness and Health”, *Making Health Systems Work: Working Paper No. 9 WHO/HSS/healthsystems/2007.2*, Genève : WHO.

World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009, “An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems”, *Lancet* 373: 2137–69.

LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

***SALIF SAMAKÉ, ELISABETH PAUL,
IGNACE RONSE***

Le développement des ressources humaines pour la Santé (RHS) est un enjeu capital pour la plupart des pays africains, tant au regard de la pénurie de personnel qualifié que de la gestion et la motivation des ressources humaines existantes. De nombreuses recherches sont menées sur le sujet¹ et plusieurs initiatives internationales en ce sens ont vu le jour au cours des dernières années². Le Mali est aussi très concerné par cette problématique. La gestion des ressources humaines (GRH) est une des priorités affichées du PRODESS, mais aussi un des défis les plus complexes à relever vu les nombreuses contraintes auxquelles le gouvernement est confronté en la matière. Ce chapitre vise à faire le point sur la façon dont les ressources humaines pour la santé sont gérées au Mali, sur les défis à relever et les perspectives à moyen terme.

1 | Voir notamment Roenen et al. (1997), Chomitz et al. (1998), Buchan et al. (2000), Van Lerberghe et al. (2002), Jaffré et Olivier de Sardan (2003), Liese et al. (2003), Ferrinho et Dal Poz (2003), Ferrinho et al. (2004), Rowe et al. (2005), OMS (2006), McCoy et al. (2008), ainsi que les analyses référencées sur les sites Internet suivants : <http://www.human-resources-health.com> , <http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health> .

2 | Par exemple les initiatives de l'OMS, de l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS) et de l'Alliance mondiale pour les personnels de Santé (AMPS) (alliance créée pour répondre à la pénurie actuelle de personnels de santé à l'échelle mondiale et particulièrement en Afrique).

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES AU MALI

Le développement des ressources humaines a été identifié comme un enjeu primordial dès la préparation du premier PRODESS en 1997-1998, ce qui a justifié qu'un volet du PRODESS lui soit consacré.³ Une Mission d'appui au développement des ressources humaines a également été créée pour deux ans en 1999, et dissoute fin 2002.⁴

Toutefois, la GRH dans le secteur de la Santé ne bénéficie pas encore d'un environnement institutionnel idéal, vu que ses fonctions sont encore éclatées entre plusieurs structures – la Direction administrative et financière (DAF), la Direction nationale de la Santé (DNS) et la Cellule de planification et de statistiques (CPS) du MS, de même que la Direction nationale de la Fonction publique et du Personnel (DNFPP) du ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les Institutions (MF-PRERI). En outre, cette gestion reste extrêmement centralisée – à l'exception de la personne chargée des ressources humaines déléguée par la DAF dans chaque Direction régionale de la Santé (DRS). Cette situation devrait cependant bientôt s'améliorer car le Programme de développement institutionnel (PDI) du gouvernement du Mali prévoit que les ministères sectoriels devront créer d'ici peu une Direction des Ressources humaines (DRH).⁵ En attendant que ce pas soit franchi, le ministère de la Santé a créé en décembre 2005 une Commission de développement des ressources humaines. Quatre cadres ont été affectés à son bras opérationnel, la Cellule de développement des ressources humaines (CDRH), mais aucun coordinateur de cette cellule n'a été nommé, ce qui a considérablement limité ses capacités d'action et de prise de décision. À noter également que la situation quantitative du personnel du MS est régulièrement mise à jour au cours des rencontres des comptables de la DAF.

Les PTF du PRODESS sont eux aussi très concernés par le problème des ressources humaines pour la santé. Un groupe technique sur la question a été créé, qui est censé être dirigé par le coordinateur de la CDRH et qui implique plusieurs PTF (notamment l'OMS, l'UE, l'UNICEF, le Canada, les Pays-Bas, la Belgique et la France) et les principales Directions nationales du MS (DAF, DNS et CPS). Un plan de développement des RH, ciblé vers le personnel soignant sur le terrain et dont la mise en œuvre devait reposer principalement sur la Fédération nationale des ASACO (FENASCOM), a également été élaboré en 2003 par la DAF avec l'OMS et le groupe technique. Bien qu'il ait été validé par le ministre de la Santé lors du Comité de Suivi du PRODESS, le ministère de la Fonction publique n'a pas autorisé sa mise en œuvre à cause des répercussions qu'il aurait sur le personnel

3 | Le volet 4 « Développement des ressources humaines » du PRODESS I et le volet 2 « Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées » du PRODESS II.

4 | Ses travaux ont notamment été présentés au cours du Comité technique du PRODESS de mars 2003.

5 | Les textes législatifs de création des DRH ont été adoptés en mars 2009 : Ordonnance N°09-009/P-RM du 4 mars 2009 portant création des directions des ressources humaines ; Décret N°09-136/P-RM du 27 mars 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement des directions des ressources humaines. C'est maintenant aux ministères sectoriels de créer leur DRH et de les munir des moyens requis.

de la fonction publique des autres secteurs. Il a été ensuite présenté pour financement au Fonds mondial et à la Banque mondiale, mais sans succès.

Bien qu'elles soient longtemps restées sans application concrète, ces différentes initiatives ont toutefois eu le mérite de permettre d'élaborer de nombreux documents d'analyse et de politique, comme par exemple l'étude sur la *Motivation salariale pour renforcer la stabilité d'au moins un personnel technique dans les CSCOM* (document présenté au cours du Comité technique de mars 2003) ; l'ébauche de documents de *Politique sectorielle de développement des ressources humaines de la Santé* (juin 2006), de *Plan de formation 2007-2011* (janvier 2007), de *Projet de plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la Santé* (juin 2006) et de *Plan de motivation du personnel du ministère de la Santé* (juin 2006) ; ou encore le recensement de la situation des CSCOM et de leur personnel dans le cadre d'une *Étude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des centres de santé communautaires (CSCOM)* (MS/CPS et bureau d'études CADIS).

Fort de ces analyses et réflexions, le ministère de la Santé a lancé en 2007 la rédaction d'une politique de développement des RHS. Les documents ont été finalisés et validés en 2008, comme nous le verrons plus loin. Mais avant tout, les sections qui suivent présentent un état des lieux de la situation des RHS au Mali et un diagnostic des principaux enjeux. Ensuite, les solutions qui ont été proposées par le MS dans le cadre de sa Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé (PN-DRHS) sont présentées.

ÉTAT DES LIEUX

Nous présentons ici un état des lieux synthétique des établissements de soins ainsi que de la répartition, des catégories et de la rémunération des ressources humaines pour la santé au Mali.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Les structures de soins de premier niveau sont les Centres de santé communautaires (CSCOM). On en dénombrait 826 au Mali fin 2007, contre 1070 prévus dans le PRODESS, soit un taux de réalisation de 77%. Les structures de soins de première référence sont les Centres de santé de référence (CSREF) et celles de deuxième et troisième référence, les hôpitaux. Le Tableau 6.1 en annexe VI donne un aperçu de la situation des établissements de soins dans le pays fin 2007.

LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES DES SECTEURS PUBLIC ET SANS BUT LUCRATIF

Les données issues des différentes sources relatives aux ressources humaines pour la santé ne sont pas homogènes, aussi faut-il les interpréter avec précaution. Les données les plus à jour sont celles issues du recensement effectué au cours des réunions des comptables de la DAF. Ainsi, lors de la réunion trimestrielle d'évaluation de la gestion des ressources du PRODESS de juillet 2008, il a été dénombré un *effectif total du personnel du ministère de la Santé* s'élevant à 10.791 personnes, tous statuts confondus, dont 4220 fonctionnaires, 1429 contractuels « classiques » de l'État, 1503 contractuels de l'État sur financement PPTTE, 61 membres des forces armées, 1083 contractuels sur ressources propres, 1363 personnes à charge des ASACO, 808 à charge des collectivités, 84 agents de l'INPS et 240 assistants techniques (Cubains, autres expatriés et nationaux). Tous statuts confondus, l'on recensait notamment 48 professeurs agrégés, 465 médecins et pharmaciens spécialistes, 702 médecins et pharmaciens généralistes et 1351 agents administratifs (voir tableau 6.2 en annexe VI). Ces données nous donnent en théorie des ratios de l'ordre d'un médecin pour 10.389 habitants (norme OMS : 1/10.000), une sage-femme pour 21.615 habitants (norme OMS : 1/5000) et un infirmier/assistant médical pour 3365 habitants (norme OMS : 1/5000). Mais ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités régionales et cachent également que le personnel technique n'est pas toujours affecté à des tâches d'offre de soins. La présentation de la DNS au Comité technique de mai-juin 2008 mentionne ainsi des ratios de un médecin pour 24.831 habitants à Mopti contre 1/11.731 (hors privés) à Bamako ; une sage-femme pour 50.708 habitants à Kayes contre

1/5972 à Bamako ; ou encore un infirmier pour 6231 habitants à Mopti contre 1/3227 (hors privés) à Bamako (voir Tableau 6.3 en annexe VI). La répartition du personnel par catégorie et par spécialité en février 2007 est donnée dans les tableaux 6.4 et 6.5 en annexe VI.

Pour ce qui concerne plus précisément le *personnel des CSCOM*, le recensement de l'étude sur les coûts induits de 2006 dénombrait 3619 membres de personnel travaillant dans les CSCOM, dont 147 médecins, 804 infirmiers (tous niveaux confondus : infirmiers d'État, de premier cycle et infirmières obstétriciennes), 130 sages-femmes, 461 gestionnaires et le reste – soit 2075 personnes – en personnel de soutien (aides-soignants, matrones, techniciens de laboratoire, chauffeurs, etc.) (voir tableaux 6.6, 6.7 et 6.8 en annexe VI).

Enfin, pour ce qui concerne le *personnel hospitalier*, l'*Annuaire statistique des hôpitaux 2007* recensait 2277 personnes travaillant dans les douze établissements publics hospitaliers (EPH) maliens en 2007 (contre 1968 en 2006), dont :

- Personnel soignant (médecins, chirurgiens, pharmaciens, assistants et techniciens) : 1.503 en 2007, contre 1.240 en 2006 ;
- Personnel d'administration : 334 en 2007, contre 273 en 2006 ;
- Personnel d'appui (aides-soignants, manœuvres, maintenance et autres) : 440 en 2007, contre 445 en 2006.

LA RÉMUNÉRATION DU PERSONNEL SANITAIRE

Des informations sur les salaires bruts du secteur public, hors allocations familiales et autres avantages, pour plusieurs catégories professionnelles, sont présentées dans le tableau 6.9 en annexe VI. Le tableau 6.10, quant à lui, nous donne des estimations quant aux rémunérations, primes et allocations comprises.

LES BESOINS EN FORMATION ET EN RECRUTEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le tableau 6.11 en annexe VI montre l'évolution du nombre de diplômés en médecine et en pharmacie de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de l'université du Mali jusqu'en 2004.

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES RECENSÉS EN MATIÈRE DE GRH SANTÉ AU MALI

Les évaluations successives du PRODESS ainsi que diverses études (Baliq et Berthé (2004), *Étude sur les coûts induits, Politique de ressources humaines*, etc.) convergent pour pointer les principaux problèmes du Mali en matière de GRH Santé – qui sont d’ailleurs, à bien des égards, similaires à ceux de nombreux autres pays africains (voir Ferrinho et Dal Poz, 2003). Ces problèmes sont principalement :

1. Une insuffisance de ressources humaines ayant les qualifications requises, en particulier de personnel qualifié (médecins, sages-femmes) et en particulier dans les zones pauvres et éloignées de la capitale, liée notamment à :
 - Une mauvaise répartition géographique des ressources existantes, nettement en défaveur des régions rurales et éloignées de la capitale ;
 - Une insuffisance qualitative dans la formation initiale du personnel, doublée de grands manquements en matière de formation continue ;
 - Une sous-représentation du personnel technique dans les structures ;⁶
 - Un manque de motivation du personnel, dû notamment à l’insuffisance des salaires et des conditions de travail ;
 - Une gestion inappropriée des responsabilités et des carrières marquée par l’inadaptation du cadre institutionnel ;

Ces lacunes causent une certaine frustration et justifient parfois des pratiques déviantes de la part de certains membres du personnel (voir Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), de même que la poursuite parfois inconsidérée de compléments de revenus sous forme de per diem – ce qui a des effets considérables car les formations et ateliers concernés ne sont pas toujours de prime importance, mais la recherche de per diem à tout prix a tendance à rompre la continuité des services dans les centres de santé ;⁷

6 | Ainsi, une étude menée en 2006 montre que plus de 47,3% des effectifs des CSCOM sont des techniciens auxiliaires (matrones, aides-soignants, vaccinateurs, ...), tandis que 24,5% ont un niveau de base (infirmiers du premier cycle, infirmières obstétriciennes, ...), et que seulement 8,2% et 5,5% du personnel disposent respectivement d’un niveau supérieur et moyen de formation (FENASCOM, 2006).

7 | Ainsi, une mission de la CTB dans le cadre du Programme d’appui au développement sanitaire et social dans la région de Mopti et de la Coopération française a constaté en mars 2007 que le plan de formation de la région comptait pour environ 70% du budget de la composante régionale du Programme, et totalisait 4000 mois de formation demandés sur cinq ans, soit l’équivalent de 80 personnes/mois en formation (la plupart en dehors de la région) ! En outre, ces demandes étaient exprimées selon les besoins individuels et sans priorisation face aux besoins réels du système de santé.

2. La méconnaissance des structures et prestataires de soins privés dans l'ensemble de l'offre de soins de santé ;
3. La pluralité des statuts du personnel dans les services publics et communautaires, qui peuvent relever de la fonction publique, des collectivités décentralisées, être contractuels de l'État financés sur fonds PPTE ou contractuels des ASACO, sans compter les médecins de campagne.

Pour la plupart, ces problèmes rejoignent ceux rencontrés dans l'ensemble de la fonction publique malienne, qui sont pointés dans l'*Audit de la fonction Ressources humaines au sein de l'administration publique* commandité par le Commissariat au Développement institutionnel (CDI) du ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les Institutions en janvier 2006. Tout d'abord, les résultats de l'*Audit du climat social au sein de l'administration publique* mené dans le cadre de cette étude montrent que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés affirment ne pas être motivés pour leur travail. Parmi les principales raisons avancées par les fonctionnaires quant à leur démotivation, l'insatisfaction des rémunérations est de loin la plus fréquente ; suivent l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Le système de rémunération est donc le domaine où les fonctionnaires sont le plus unanimement insatisfaits et globalement, les priorités énoncées pour la réforme de la GRH concernent avant tout l'amélioration des rémunérations, le renforcement de la formation continue, l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration de la gestion des carrières. Ensuite, l'*Audit des stratégies, politiques et pratiques de GRH de l'administration publique* produit dans cette étude fournit une analyse des principales faiblesses relevées dans les domaines suivants : la stratégie et les politiques GRH de l'administration publique ; les activités de gestion opérationnelle des RH ; la gestion administrative et la paie ; le recrutement et l'intégration des nouveaux agents ; la formation ; l'évaluation du personnel et la gestion des carrières ; et enfin le système d'information sur les RH. La plupart des faiblesses relevées sont perceptibles dans le Département de la Santé, qui fait d'ailleurs partie de l'échantillon de l'étude.

LA MOTIVATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Comme mentionné dans l'introduction de ce chapitre, la gestion des ressources humaines, en particulier du personnel médical, fait l'objet de nombreuses études et publications. Un des principaux enjeux pour endiguer la crise des ressources humaines pour la santé en Afrique a trait à la question de leur motivation. La littérature internationale sur le sujet a été exploitée par le MS pour la conception de son plan de motivation. Quelques éléments clés de cette réflexion sont présentés ci-dessous.

La motivation réfère à l'ensemble des raisons qui font que les individus se comportent d'une certaine façon et persistent dans ce comportement, en particulier dans le domaine du travail. Or, on constate que plusieurs raisons peuvent motiver le comportement des travailleurs. Une classification des différents types de motivation, développée par Paul et Robinson (2007) sur la base d'une vaste revue de la littérature scientifique, distingue les sources de motivation matérielles et non matérielles, et à l'intérieur de cette catégorie, les sources de motivation intrinsèque, sociale et morale (voir ci-dessous). Chacune de ces sources de motivation peut être mobilisée à travers plusieurs types de motivateurs ou d'incitants. En particulier, il existe à la fois des incitants « positifs » (primes, récompenses, etc.) et des incitants « négatifs » (sanctions en cas de faute). Il ressort de la littérature scientifique et empirique sur la GRH qu'un système de motivation cohérent doit mobiliser de manière équilibrée l'ensemble des sources de motivation des travailleurs, en recourant aux différents incitants (positifs et négatifs) de manière efficiente. En outre, il est sans doute plus utile, avant d'introduire des incitants positifs supplémentaires, de commencer par réduire les principales sources de démotivation des travailleurs, comme par exemple les mauvaises conditions de travail (Paul et Robinson, 2007).

Tout d'abord, une des principales manifestations de la motivation matérielle est la motivation financière. Il est bien connu que le salaire et le revenu influencent non seulement la motivation des travailleurs mais aussi leur performance et leur moral, et donc la capacité des employeurs à les retenir au sein de leur organisation (Hertzberg et al., 1959). Pour ce qui nous concerne, l'insuffisance ressentie du niveau des salaires des ressources humaines pour la santé dans de nombreux pays africains est souvent avancée pour expliquer leur démotivation, et de là pour justifier des pratiques déviantes ou la recherche de compléments de revenus (e.g., Roenen et al., 1997 ; Van Lerberghe et al., 2002 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Ferrinho et al., 2004 ; McCoy et al., 2008). C'est pourquoi certains auteurs avancent qu'il est urgent d'augmenter les salaires du personnel afin de préserver le système de santé (e.g., Israr et al., 2000 ; Dujardin, 2003), de préférence en le liant à la performance – bien qu'en pratique, cela se heurte à de nombreuses contraintes (e.g., McCoy et al., 2008). Le Mali ne fait pas exception et le faible niveau des salaires du personnel de santé y est reconnu comme un facteur démotivant majeur, légitimant des comportements tels que la recherche de compléments de salaires à travers la course aux formations et séminaires, l'exercice d'activités privées, voire l'abus de biens publics. Toutefois, une hausse des salaires du personnel de

santé est difficilement envisageable vu les plafonds salariaux et la difficulté de prendre des mesures dans certains secteurs et pas dans d'autres. Une solution, à étudier avec soin au cours d'une recherche-action, pourrait être de convaincre les uns et les autres de convertir l'équivalent annuel espéré des per diem touchés lors de formations et d'ateliers en primes pour encourager le personnel technique à rester à son poste. Ceci n'aurait aucune incidence financière et permettrait d'assurer la continuité des soins en motivant le personnel à faire son travail – plutôt que le système actuel qui motive à partir en formation. Par ailleurs, si certaines formations sont nécessaires pour mettre le personnel à niveau et améliorer la qualité des soins, ces formations continues pourraient être exercées sur le lieu de travail, toujours dans la perspective de limiter les effets pervers des per diem et d'assurer la continuité des soins.

Outre le salaire de base, l'octroi de primes de performance pour le personnel sanitaire est de plus en plus avancé comme un moyen d'assurer une augmentation de revenus et une amélioration de la performance. Toutefois, leur introduction doit être considérée avec prudence car la littérature internationale pointe une série de risques liés à l'utilisation de telles primes. Il s'agit d'une part de risques liés à l'utilisation d'indicateurs imparfaits – ce qui veut dire qu'il faut s'assurer de l'existence de mesures de performance pertinentes, fiables et objectives, clairement reliées à l'action des agents et disponibles à faible coût, avant de se lancer dans l'octroi de primes de performance. D'autre part, l'utilisation de primes de performance s'accompagne de risques de distorsion des comportements, de jeux stratégiques individuels et de manipulation des données par les agents – risques qu'il est donc important de mitiger. Enfin, les primes individuelles tend à nuire à la coopération entre agents et si l'on veut encourager le travail d'équipe, il vaut dès lors mieux envisager l'allocation de primes aux structures dans leur ensemble (Paul et Robinson, 2007).

Enfin, au-delà de l'effet sur la qualité des services, de meilleures conditions de travail et d'autres avantages matériels (logements de fonction, moyens de transport et de communication, ...) peuvent également être des facteurs de motivation non négligeables.

Mais les incitants financiers et matériels sont loin d'être les seuls disponibles et au contraire, la littérature scientifique montre que les incitants non matériels et les instruments de gestion des ressources humaines jouent un rôle très important sur la motivation du personnel de santé en Afrique (e.g., Franco et al., 2002 ; Mathauer et Imhoff, 2006). Pour en revenir à la classification des sources de motivation non matérielles de Paul et Robinson (2007), la motivation intrinsèque dérive du plaisir retiré du travail – que ce soit des activités exercées ou des résultats obtenus. Le degré de motivation intrinsèque dépend beaucoup de la nature du travail exercé et précisément, on peut espérer que le personnel sanitaire a, au départ, une forte motivation intrinsèque (vocation) qui ne demande qu'à être encouragée. Ceci peut se faire tout d'abord en réduisant les facteurs qui tendent

à démotiver le personnel (mauvaises conditions de travail) et en insistant davantage sur la valeur des professions médicales lors de la formation et des stages. En outre, on peut aussi augmenter la motivation intrinsèque en permettant au personnel de participer et de s'impliquer davantage dans la réflexion stratégique, par exemple en menant des expériences pilotes et en partageant les fruits de ses recherches-actions.

Une deuxième source de motivation non matérielle est la motivation sociale, qui peut être définie comme la poursuite, par les individus, de certains types de rapports sociaux sur leur lieu de travail – et ceci pour des raisons différentes des avantages matériels qui peuvent en découler. Un élément particulièrement important de la motivation sociale a trait à l'équité, c'est-à-dire à la manière dont les gens perçoivent qu'ils sont traités (matériellement et symboliquement) par rapport aux autres dans leur groupe de référence. De nombreuses études montrent que les gens sont prêts à s'investir dans leur travail s'ils se sentent équitablement traités, alors que les travailleurs qui se sentent injustement traités peuvent opter pour des comportements déloyaux (Ehrenberg and Smith, 1997). Ceci justifie l'argument de l'importance d'augmenter les salaires du personnel de santé à un niveau équitable, pour contribuer à réduire ce sentiment d'iniquité. Différents outils peuvent en outre être utilisés pour mobiliser la motivation sociale, en particulier la pression sociale – c'est-à-dire l'expression de l'approbation, de la désapprobation, du respect, etc. de la part des autres. La pression sociale peut venir des pairs mais aussi des supérieurs hiérarchiques, ainsi que des patients ou de leurs représentants – d'où l'intérêt de renforcer le rôle de contrôle de la qualité des prestations de la part des patients et des ASACO. D'autres motivateurs importants sont l'exercice d'un réel leadership, la reconnaissance du mérite et le développement de normes de travail élevées. Troisièmement, la motivation morale réfère au désir de se comporter en accord avec ses valeurs et croyances morales, notamment en poursuivant une cause jugée juste de manière altruiste, ou encore en travaillant pour le bien de ceux qu'on a sous sa responsabilité. Elle comprend l'éthique de travail et est (censée être) particulièrement importante dans le secteur public et les organisations sans but lucratif. Dans le secteur de la santé, cette motivation pourrait être davantage mobilisée à travers le renforcement du contrôle de la déontologie par les ordres professionnels, de même que la formation à l'approche orientée vers le patient.

Enfin, tout système de motivation doit comporter une évaluation du travail mené et, le cas échéant, des sanctions en cas de faute ou de manquement avéré. Nuançons toutefois cet argument, car des études montrent qu'alors qu'une supervision perçue comme « contrôlante » et des sanctions injustes peuvent démotiver le personnel, la supervision peut avoir un réel effet motivant si elle est perçue comme formative et informative (Frey, 1997 ; Deci et al., 1999). Pour ce qui concerne le personnel de santé, le Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 de l'OMS affirme d'ailleurs que la supervision, si elle est équitable et bien menée, est un des instruments les plus efficaces pour augmenter les compétences des agents sanitaires et les motiver.

LA POLITIQUE NATIONALE ET LE PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Reconnaissant que la pénurie de ressources humaines pour la santé compétentes et motivées est une des principales contraintes du système de santé du Mali, le ministère de la Santé a développé, courant 2007-2008, une Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé (PNDRHS). La Politique se fonde sur une analyse du contexte et reconnaît que si le système initial de gestion des ressources humaines a des atouts, il est aussi caractérisé par d'importants problèmes et contraintes. Dès lors, les axes stratégiques du MS que la Politique entend mettre en œuvre sont les suivants :

- Mettre en place un dispositif institutionnel qui permette d'assurer la fonction de développement des ressources humaines de façon rationnelle et performante ;
- Renforcer la capacité de production de l'ensemble des écoles de formation sanitaire (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté ;
- Renforcer la qualité de la formation des apprenants et des agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail ;
- Rendre disponible le personnel de santé en qualité et en nombre suffisant au sein des établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé ;
- Assurer un développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé (meilleure allocation des ressources humaines) ;
- Développer un système cohérent de motivation des ressources humaines pour la santé qui recoure de manière équilibrée à des outils incitatifs à la fois financiers et non financiers.

La Politique décrit donc les orientations et les stratégies de développement des RHS qui ont été retenues par le MS. Celles-ci sont précisées et opérationnalisées dans le Plan stratégique national 2009-2015, qui définit les effets, extrants, stratégies et interventions prioritaires liées au développement des RHS et permettra d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la PNDRHS. Enfin, ce plan stratégique est accompagné de quatre plans

opérationnels spécifiques : le plan de formation, le plan de recrutement, le plan de motivation et le plan de carrière. À noter que le plan de motivation met l'accent sur l'incitation du personnel qualifié à se déplacer dans les zones difficiles et de pauvreté et de stabiliser au mieux le personnel dans ces zones. Il comprend une série d'incitants financiers et non financiers. En particulier, les incitants financiers retenus consistent en :

- Des primes de zones très difficiles (75.000 FCFA/mois) et des primes de zones difficiles (50.000 FCFA/mois) pour deux membres de personnel par CSCOM de ces zones (le chef de poste médical et la responsable de la maternité) et six membres de personnel par CSREF (le médecin-chef, la sage-femme responsable de la maternité, le médecin responsable du bloc opératoire, l'anesthésiste/réanimateur, le chargé du système local d'information sanitaire, le responsable du PEV) ;
- Une prime d'installation fixée à 500.000 FCFA pour toute nouvelle affectation en zone très difficile et à 350.000 FCFA pour les zones difficiles, quelle que soit la catégorie du personnel technique qualifié ;
- Des primes de performance octroyées aux CSREF et CSCOM en fonction de leurs résultats.

La création de la Direction des Ressources humaines (DRH) du MS, qui a régulièrement été demandée lors des Comité de Suivi du PRODESS, est prévue incessamment. Elle devrait permettre de mettre en œuvre les stratégies décrites dès 2009. La DRH sera en effet chargée d'organiser au mieux la fonction de GRH, en particulier dans les domaines de la gestion administrative du personnel, du recrutement et des affectations, de l'évaluation du personnel et de la gestion des carrières, de la rémunération et de la motivation des ressources humaines, de la formation initiale et continue – c'est-à-dire les principale orientations stratégiques de la Politique et du Plan stratégique de développement des RHS.

CONCLUSIONS

Ce chapitre a posé un bref état des lieux de la situation des ressources humaines pour la santé au Mali et des principaux problèmes et contraintes dans le domaine, pour ensuite présenter les perspectives, caractérisées par la mise en œuvre de la Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé. Ceci, conjugué à la création de la Direction des Ressources humaines du MS, laisse augurer de grandes améliorations de la GRH dans les années à venir.

Toutefois, ces améliorations nécessiteront d'une part un fort leadership politique de la part du MS, et d'autre part le soutien de tous les autres acteurs dont dépend le succès de la mise en œuvre de la PNDRHS – tant du côté du gouvernement malien (ministères en charge des finances, de la fonction publique, de l'éducation supérieure, ...) que des partenaires techniques et financiers. En effet, ces derniers ont un rôle important à jouer pour soutenir plusieurs éléments de la PNDRHS, en particulier le plan de formation et le plan de motivation. Certains appuis sont déjà acquis (notamment, le volet « renforcement du système de santé » de GAVI Alliance va cofinancer pendant trois ans les supervisions intégrées ainsi que les primes pour inciter le personnel technique à aller travailler dans les zones difficiles ; la coopération cubaine contribuera au plan de formation à travers des spécialisations ; etc.), mais d'autres ressources devront être mobilisées. Dans son Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 « Travailler ensemble pour la santé », l'OMS recommande d'adopter une « approche 50 : 50 » consistant à ce que 50% de l'aide extérieure soit dédiée au renforcement du système de santé, dont la moitié aux stratégies de développement des ressources humaines. Ceci pourrait être une bonne piste à exploiter au Mali, d'autant plus que davantage de ressources devraient être mobilisées à travers le Compact/IHP, la recherche de synergies positives avec les initiatives globales pour la santé et de financements innovants pour atteindre les OMD.

RÉFÉRENCES

Balique, Hubert, et Youssouf Abdoulaye Berthé, « Étude sur les ressources humaines du secteur de la Santé au Mali », *Rapport remis au ministère de la Santé de la république du Mali et au ministère des Affaires étrangères de la république française*, Bamako, octobre 2004.

Buchan, James, Marc Thompson, et Fiona O'May, 2000, "Health Workforce Incentive and Remuneration – A Research Review", *Issues in Health Services Delivery*, Discussion Paper no. 4, Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Chomitz, Kenneth, Gunawan Setiadi, Azrul Azwar, Nusye Ismail, et Widiyarti, 1998, "What Do Doctors Want? Developing Incentives for Doctors to Serve in Indonesia's Rural and Remote Areas", *Policy Research Working Paper* no. 1888, Washington: Banque mondiale.

Dujardin, Bruno, 2003, *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue*, Paris : Éditions Khartala et Charles Léopold Mayer.

Ehrenberg, Ronald, and Robert Smith (1997), *Modern Labor Economics. Theory and Public Policy* (Sixth Edition), Addison-Wesley.

Fédération nationale des associations de Santé communautaire (FENAS-COM), 2006, étude sur les besoins de renforcement des capacités des CS-COM à améliorer la qualité des soins offerts, par Modibo Diallo / Bureau d'étude Outarde, Bamako (août).

Ferrinho, Paulo, et Mário Dal Poz (Eds.), 2003, "Towards a Global Health Workforce Strategy", *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 21, Anvers: ITG Press.

Ferrinho, Paulo, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, Fátima Hipólito, and André Biscaia, 2004, "Dual practice in the health sector: review of the evidence", *Human Resources for Health* 2(14).

Franco, Lynne Miller, Sara Bennett, and Ruth Kanfer, 2002, "Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework", *Social Science and Medicine* 54(8): 1255-1266.

Hertzberg, Frederick, Bernard Mausner, and Barbara Snyderman, 1959, *The Motivation to Work*, New York: Wiley.

Israr, Syed Muhammad, Oliver Razum, Victor Ndiforchu, and Patrick Martiny, 2000, "Coping strategies of health personnel during economic crisis: A case study from Cameroon", *Tropical Medicine and International Health* 5(4): 288-292.

Jaffré, Yannick, et Jean-Pierre Olivier de Sardan (éd.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq*

capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris : Karthala.

Mathauer, Inke, and Ingo Imhoff, 2006, "Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools", *Human Resources for Health* 4(24).

McCoy, David, Sara Bennett, Sophie Witter, Bob Pond, Brook Baker, Jeff Gow, Sudeep Chand, Tim Ensor, and Barbara McPake, 2008, "Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa", *Lancet* 371: 675-681.

Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les Institutions (MFPREI), Commissariat au Développement institutionnel (CDI), *Audit de la fonction Ressources humaines au sein de l'administration publique*, Rapport final, janvier 2006.

Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et des Relations avec les Institutions (MFPREI), Commissariat au Développement institutionnel (CDI), *Mise en place d'un système d'incitation statutaire pour gérer la mobilité des fonctionnaires dans les zones difficiles*, Rapport final, septembre 2006.

Ministère de la Santé, *Motivation salariale pour renforcer la stabilité d'au moins un personnel technique dans les CSCOM* (document avec simulation primes pour travailler en zones rurales enclavées, présenté au cours du CT de mars 2003).

Ministère de la Santé, *Politique nationale et Plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la Santé*, 2009.

Ministère de la Santé, *Projet de plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la Santé*, juin 2006.

Ministère de la Santé (MS), Secrétariat général (SG) / Cellule de planification et de statistiques (CPS), *Rapport d'étude – étude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des centres de santé communautaires (CSCOM)*, Bamako, janvier 2006 (bureau d'études CADIS).

Ministère de la Santé, Direction nationale de la Santé (DNS), *Annuaire SLIS 2007*.

Ministère de la Santé, Cellule de planification et de statistiques (CPS), *Annuaire statistique – 12 EPH au Mali 2007*, Système d'Information hospitalier (SIH).

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2006, *Travailler ensemble pour la Santé – Rapport sur la santé dans le monde 2006*, Genève : OMS.

Paul, Elisabeth, et Marc Robinson, 2007, "Performance Budgeting, Moti-

vation, and Incentives”, in *Performance Budgeting: Linking Funding and Results*, Washington, DC: International Monetary Fund.

Roenen, C., P. Ferrinho, M. Van Dormael, M. C. Conceicao, et W. Van Lerberghe, 1997, “How African doctors make ends meet: an exploration”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 2 no. 2 pp 127–135.

Rowe, Alexander, Don de Savigny, Claudio Lanata, and Cesar Victora, 2005, “How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?”, *Lancet* 366: 1026-1035.

Van Lerberghe, Wim, Claudia Conceição, Wim Van Damme, and Paulo Ferrinho, 2002, “When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel”, *Bulletin of the World Health Organization* 80(7): 581-584.

***L'APPROCHE
SECTORIELLE SANTÉ
AU MALI ET LE
SECTEUR PRIVÉ –
LES OPPORTUNITÉS
QU'IL RESTE À
EXPLOITER***

TONIA MAREK ET SALIF SAMAKÉ

Comme expliqué dans l'introduction de cet ouvrage, il n'existe pas de définition figée de l'approche sectorielle, mais il est généralement accepté que plusieurs éléments essentiels la caractérisent. Parmi les caractéristiques idéales d'une approche sectorielle, on retrouve :

1. qu'elle porte sur l'ensemble du secteur ;
2. qu'elle repose sur une stratégie sectorielle unique ;
3. qu'il y ait un cadre des dépenses consolidé unique ;
4. que l'opération soit placée entièrement sous la responsabilité des parties prenantes locales ;
5. que les principaux bailleurs de fonds adhèrent à l'approche ;
6. que tous les bailleurs de fonds adoptent les mêmes dispositions de mise en œuvre ;
7. qu'on utilise les ressources locales plutôt que l'assistance technique étrangère.

Il faut reconnaître qu'au Mali, la caractéristique numéro un n'a longtemps été que partiellement remplie, car l'approche et le programme sectoriels se sont initialement limités aux seuls secteurs public et communautaire – sans inclure le secteur privé à but lucratif, lequel est pour le moment encore peu représenté dans le PRODESS, mais fait partie du système de santé dans son ensemble. Remarquons d'emblée qu'en 2008, le ministère de la Santé a conclu un partenariat avec la Société financière internationale (SFI), une branche de la Banque mondiale traitant du secteur privé, pour remédier en partie à cette carence.

Ce chapitre se focalise sur cette première caractéristique, c'est-à-dire comment la participation du secteur privé dans l'approche sectorielle Santé pourrait être mieux prise en compte.

LA SITUATION ACTUELLE DU SECTEUR PRIVÉ ACTIF DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU MALI

Dans ce chapitre, nous considérons comme « secteur privé » tout ce qui n'est pas « secteur public ». Nous incluons donc les systèmes formel et informel. Une exception du Mali consiste à envisager une catégorie à part pour les Centres de santé communautaires (CSCOM) qui sont donc considérés comme « communautaires ». Le Mali a ainsi trois secteurs : le public, le privé et le communautaire – ce dernier étant en fait un secteur privé à but non lucratif, largement subventionné par le secteur public, pour lequel il constitue un des maillons de base des services de santé. Dans la suite de ce chapitre, nous utiliserons le terme « secteur privé » pour parler du secteur non étatique, qui inclut le privé à but lucratif, le privé à but non lucratif et le secteur communautaire, faisant la distinction entre les trois si nécessaire.

Nous allons ici analyser brièvement la situation du secteur privé au Mali, puis l'historique de son développement selon différentes perspectives : celle de la politique du secteur, celle de l'organisation des services, celle du cadre institutionnel et celle du financement. Ensuite, nous allons discuter les opportunités qui pourraient être saisies pour établir des partenariats public-privé (PPP) et finalement, nous concluons sur quelques voies d'avenir.

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS L'OFFRE DE SERVICES

Comme on le voit dans le tableau ci-dessous, un secteur privé conséquent existe au Mali – d'autant plus que ces chiffres sont partiels, ils ne prennent pas en compte les laboratoires, par exemple.

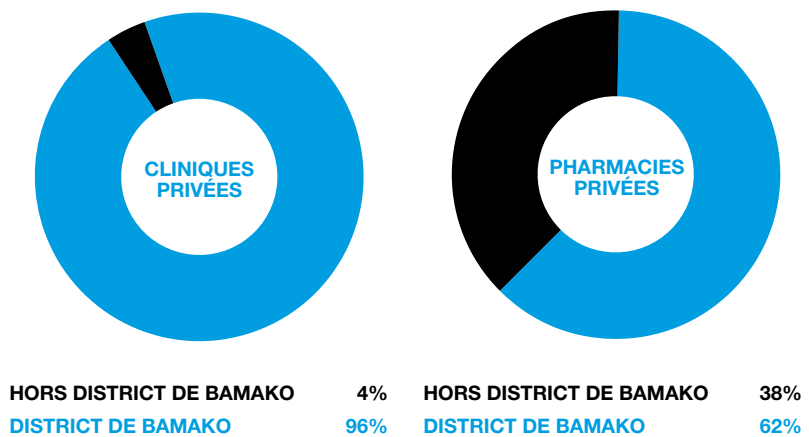
Tableau 7.1
La place du secteur privé au Mali
 (données de 2005 à 2007, partiel pour la colonne 'privé')

RÉGIONS	PUBLIC	PRIVÉ	COMMUN
Hôpitaux Nationaux et Régionaux	11	-	-
Cliniques/Cabinets/CSRef	55	224	-
Dispensaires/CSCOM	-	23	785
Nombre total de services de soins:	66	247	785
Grossistes en médicaments	1	13	-
Officines pharmacie privées	-	341	-
ONGs œuvrant dans la santé	-	125	-

Source : Compilation par les auteurs

Comme dans beaucoup de pays, le secteur privé est concentré dans la capitale. C'est le cas des cliniques privées ; cependant, de nombreuses pharmacies privées se trouvent dans les régions, même si elles sont surtout situées dans les capitales régionales :

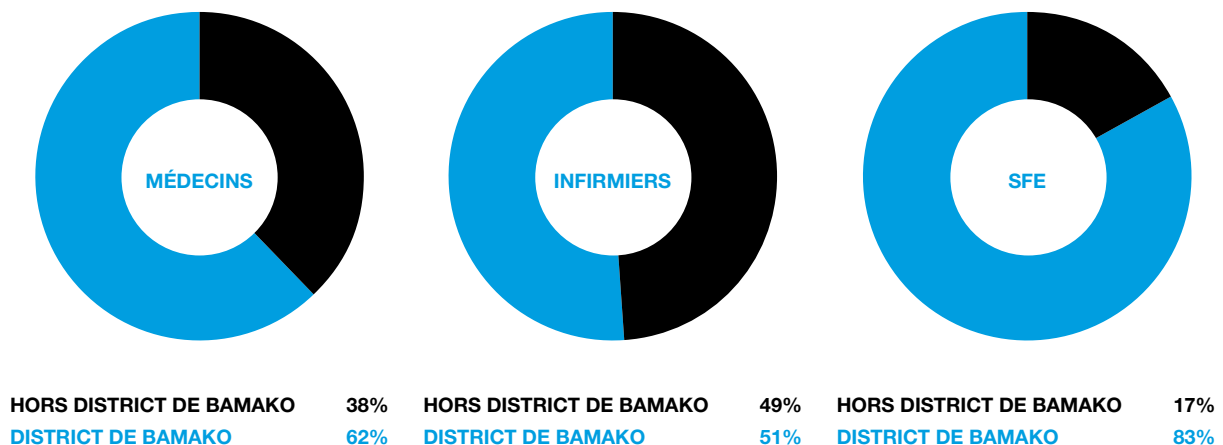
Figure 7.1
La distribution géographique de quelques services privés



Source : Inspection de la Santé, MS, Bamako, 2003-05

Quant au personnel de santé, il est étonnant de voir, à part pour les sages-femmes, une distribution conséquente hors de la capitale – et encore, ces chiffres n'incluent pas le personnel des ONG :

Figure 7.2
La distribution géographique du personnel des services privés



Source : Inspection de la Santé, MS, Bamako, 2003-05

L'UTILISATION DES SERVICES PRIVÉS PAR LES PAUVRES ET LES RICHES

Le tableau suivant montre que les pauvres utilisent beaucoup le secteur privé à but lucratif, et que les riches utilisent encore beaucoup le secteur public et le secteur communautaire (données de 2006 issues de l'Enquête démographique et de Santé).

Tableau 7.2
Les types de secteur privé

OÙ LES GENS AMÈNENT LEUR ENFANT MALADE?	PARMI LES 20% LES PLUS PAUVRE	PARMI LES 20% LES PLUS RICHE
Au secteur privé	29%	29%
Au CSCOM	24%	30%
Au guérisseur traditionnel	21%	11%
Au secteur public	17%	29%

Source : EDS 2006

LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ EXISTANTS

Les principales formes de partenariat public-privé (PPP) existant au Mali sont les suivantes :

- Les franchises :
 - » Pour les condoms, avec l'ONG américaine *Population Service International* (PSI) ;
 - » Pour les centres de dépistage et conseil volontaires, avec PSI ;
 - » Pour les services de santé reproductive : les cliniques PROFAM de PSI et celles de Marie Stopes International ;
 - » Pour les services de santé avec le label Keneya Ciwara, avec le financement de USAID.
- La contractualisation :
 - » L'expérience « Un cercle, une ONG », qui visait à responsabiliser les ONG dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau cercle, a suscité beaucoup d'engouement mais a été interrompue ; la principale leçon à tirer de cet échec étant que la contractualisation n'est pas un processus à prendre à la légère, elle doit être bien structurée à

- travers des normes et procédures pour garantir la viabilité – ce qui a manqué dans cette expérience et a entraîné son interruption ;
- » Médecins de Campagne : ce sont de jeunes médecins qui s'installent en zone rurale depuis 1989. Une ONG « Santé Sud » les accompagne dans ce processus. Ce mouvement s'est amplifié à partir de 2002, avec l'ouverture de postes budgétaires dédiés aux communes dans le cadre de l'aide PPTE (initiative en faveur des Pays pauvres très endettés) ;
 - » L'école de formation d'infirmiers à Gao : entre 1998 et 2005, l'école a formé 355 élèves, dont la majorité est actuellement en poste dans les trois régions du Nord ; les élèves boursiers s'engagent formellement avec les collectivités locales à travailler pendant un à cinq ans dans leur localité d'origine.

Par contre, il n'y a pas d'exemple au Mali de concessions ni de bons.

APERÇU DU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVÉ AU MALI

Avant 1991, il n'existait pratiquement pas de secteur privé au Mali. D'abord à cause de l'héritage colonial français, qui faisait que la santé était un service contrôlé par l'État, ce qui fait que même les ONG religieuses n'étaient pas implantées. Puis, depuis l'indépendance jusqu'en 1991, l'administration était d'option socialiste, excluant le privé. Ce n'est donc qu'à partir de 1991 que le secteur privé à but lucratif a pu se développer.

APERÇU DU POINT DE VUE DE LA POLITIQUE DU SECTEUR

Plusieurs réformes ont été entreprises au Mali qui ont permis d'introduire les PPP. Toutefois, ces réformes constituent de nombreuses opportunités qui auraient pu être davantage exploitées pour franchement introduire et faire marcher les PPP à grande échelle :

- La *décentralisation* : la mise en œuvre de la décentralisation aurait dû constituer une opportunité de mettre en place les procédures pour permettre aux communes de contractualiser avec les acteurs du secteur privé, tant communautaire qu'à but lucratif. Il existe des contrats entre Médecins de Campagne et la Commune, entre la Commune et l'ASACO – cependant, pour étendre ceci à davantage d'organismes privés à but lucratif et passer à l'échelle, il est nécessaire d'avoir du personnel formé à négocier des contrats, à les suivre, à les mettre en œuvre. En outre, il est nécessaire de procéder au niveau de la commune à une certaine harmonisation. En effet, la contractualisation peut se faire non seulement pour le secteur de la santé, mais aussi pour l'éducation, l'eau et les autres secteurs aux compétences décentralisées. Pour le moment, les membres des communes sont formés de manière indépendante et verticale pour chaque secteur.
- L'*autonomisation des hôpitaux* : cette réforme aurait pu permettre aux hôpitaux d'augmenter l'éventail de leurs services en contractualisant certains prestataires spécialisés du privé, tels des laboratoires, dentistes, etc.
- L'*autonomisation des Centres de Santé* qui sont à présent gérés par la communauté et sont donc des Centres de Santé communautaires, ou CSCOM. Selon les analyses, les pauvres utilisent beaucoup ces CSCOM (voir la figure 1 en annexe VII) qui ont capté un peu de la clientèle pauvre des tradithérapeutes, du privé et du public. Cependant, ils sont encore plus fortement utilisés par un tiers des riches (voir la figure 2), probablement à cause de leur proximité et de leur faible coût. Il aurait été possible d'établir des contrats de performance avec ces CSCOM afin de les inciter à fournir davantage ou de meilleurs services.

- L'introduction des *mutuelles de santé* : cet effort couvre moins de 3% de la population du Mali à ce jour. Or, il a été démontré que l'appartenance à une mutuelle de santé augmente l'utilisation des services de santé (Miller Franco *et al.*, 2006). Les mutuelles doivent passer des contrats avec des prestataires de services. Ces contrats privé-privé devraient aider non seulement à la mutualisation des risques pour la population, mais aussi à une amélioration de l'offre chez les prestataires de services. À l'heure d'écrire ce chapitre, le MDSSPA a mis en place un comité de pilotage et un comité technique qui a entamé l'élaboration d'un plan stratégique national d'extension de la mutualité.
- Le développement d'une *assurance-maladie* pour les employés du secteur public, ce qui représente moins de 10% de la population. Les textes sur l'assurance-maladie et le remède ont été votés à l'Assemblée nationale, les textes de loi sont disponibles et les textes de mise en œuvre seront proposés sous peu.
- La Caisse nationale de Sécurité sociale a ouvert ses propres centres de soins au lieu d'acheter ses services aux meilleurs prestataires.
- *Une politique de contractualisation* a été élaborée sous la direction du ministère du Développement social, mais son processus de validation n'a pas encore abouti. Un Manuel de procédures pour l'application de cette politique a déjà été écrit, il contient certains outils pratiques tels que des contrats standards pour les ONG. Il faudrait cependant lui adjoindre un contrat standard pour le secteur privé à but lucratif.
- La *carte sanitaire du Mali n'inclut pas la totalité du secteur privé* : la nouvelle carte sanitaire, diffusée fin août 2009, inclut pour la première fois les informations sur les structures du secteur privé à but lucratif, mais ces informations sont incomplètes vu la mouvance du secteur privé (création et disparition régulière de structures), ce qui en rend la maîtrise très difficile. Les indicateurs de couverture sanitaire n'indiquent par contre pas le secteur privé.
- La *politique de formation n'a pas initialement inclus les acteurs du secteur privé* : ceci a changé depuis quelques années, et des agents de santé du secteur non étatique sont désormais représentés parmi ceux qui bénéficient des bourses de formation ainsi que, parfois, des recyclages offerts par le secteur public. La nouvelle politique de formation élaborée dans le cadre de la Politique de développement des ressources humaines pour la Santé inclut les trois secteurs, y compris le privé à but lucratif.

En somme, les développements récents vont dans le sens d'une plus grande participation des acteurs du secteur privé à but lucratif dans la politique de développement du secteur.

APERÇU DU POINT DE VUE DE L'ORGANISATION DES SERVICES

On peut retracer les principales étapes suivantes dans la mise sur pied de services de santé privés :

- *Les ONG actives dans le secteur de la santé se sont regroupées* depuis longtemps sous une fédération qui s'appelle le « Groupe Pivot », qui rassemble aujourd'hui plusieurs dizaines d'ONG. Cette structure faitière les représente dans plusieurs instances, comme celles de suivi du PRO-DESS, du programme national de lutte contre le VIH/SIDA, etc.
- *Le secteur privé à but lucratif a encore besoin de mieux s'organiser*, sauf à Bamako où certains cabinets de médecins privés sont organisés ensemble par Commune. En outre, certains tradithérapeutes sont regroupés dans la Fédération malienne des Tradithérapeutes (FEMATH). Finalement, il existe plusieurs Ordres professionnels (médecins, pharmaciens, sages-femmes, ...).
- *Des contrats de performance ont été introduits* dans l'idée de promouvoir une culture de résultats plutôt que de processus. Ainsi, un effort a été effectué pour que les hôpitaux, déjà autonomes, souscrivent des contrats de performance avec l'État. Cependant, cette initiative n'a pas été suivie de manière adéquate et ne semble donc pas encore avoir porté ses fruits. Une évaluation de cette initiative est nécessaire.
- *Plusieurs expériences sont menées à petite échelle* : des financements extérieurs ont été mobilisés, en particulier par USAID, pour reproduire des expériences qui ont été entreprises avec succès dans d'autres pays ou pour démarrer des expériences locales. On pourra mentionner en particulier les franchises sociales de vente de préservatifs avec Population Services International (PSI), les franchises de PSI encore pour les centres de dépistage volontaires du VIH, les franchises partielles de Kenya Ciwara, etc. Aucune n'a encore été menée à grande échelle.

Toutefois, on déplore un manque d'analyse et de divulgation des leçons apprises. Dans le PRODESS, des expériences de PPP ont été entreprises, telles que la contractualisation avec les ONG grâce à l'initiative « Un cercle, une ONG » (1998-2001) et les « Médecins de Campagne » (depuis 1989). La première a été évaluée mais le rapport n'a jamais été publié. L'autre a été évaluée mais pas dans le souci d'une mise à échelle. Au total, les leçons apprises ne sont soit pas disponibles, soit peu utilisables. Ceci est dommage car il est aussi important d'apprendre des erreurs que des succès.

APERÇU DU POINT DE VUE DU CADRE INSTITUTIONNEL

Aucune entité de l'État ne s'occupe spécifiquement des relations avec le secteur privé, ni au MS, ni au MDSSPA. Toutefois, des relations sont développées par différents acteurs (DNS, DPM, LNS, CPS, ...) selon les domaines concernés. Ce n'est qu'en 2008 qu'une personne a été affectée à cette fonction au sein de la Direction nationale de la Santé.

L'enseignement médical et paramédical n'a quant à lui toujours pas intégré de modules sur les PPP pour les futurs médecins et paramédicaux dans les écoles de formation de base, ni dans la formation continue.

Ainsi, deux des avantages attendus de l'approche sectorielle n'ont pas encore été entièrement obtenus :

- Diminuer la fragmentation du secteur : bien sûr, le PRODESS constitue le programme unique de développement du secteur de la santé sur lequel s'alignent les PTF ; mais vu qu'il n'intègre pas encore assez le secteur privé, il ne représente au mieux que 50% de l'utilisation des services par les populations.
- Renforcer le rôle du gouvernement comme « steward » qui se focaliserait moins sur la fourniture de services elle-même, et plus sur le développement et l'application des normes, le suivi, le contrôle de qualité, le maintien de l'équité, l'augmentation de la couverture, etc. En ce qui concerne le secteur privé et les PPP, ceci se traduirait par le développement de la part du gouvernement de mécanismes, de guides, la formation des prestataires privés, etc.

APERÇU DU POINT DE VUE DU FINANCEMENT

Un effort de séparation entre le financement et la fourniture de services a été entrepris avec la création de l'Agence nationale d'investissement des collectivités territoriales (ANICT) et du Fonds national d'appui aux collectivités territoriales (FNACT). Ces deux fonds possèdent des Manuels de procédures, sont gérés par des Comités nationaux d'orientation. Une évaluation de leur utilité pour le secteur santé serait à entreprendre.

Toutefois, les ministères des Finances et de la Santé ne captent que de manière partielle la situation du financement de la santé (voir le Chapitre 2). En effet, ils ne maîtrisent que le budget national et les financements issus des bailleurs référés à leurs services. Ils ne couvrent pas (i) les dépenses des ménages – qui constituent le plus gros financeur de la santé – et le recouvrement de coûts ; et (ii) la contribution des collectivités locales. D'après les données issues des Comptes nationaux de la Santé, on constate que

le ministère des Finances et le ministère de la Santé ne maîtrisent ainsi qu'environ 36% des dépenses de santé du pays (en additionnant « autres privés », « fonds publics/État », « autres publics » et « reste du monde » dans le tableau suivant). La part de ce montant réellement gérée par le MS (dernière colonne du tableau) indique que le MS gère environ 25% des dépenses pour la santé du pays.

Tableau 7.3

Structure du financement des dépenses de santé au Mali, période 1999-2004

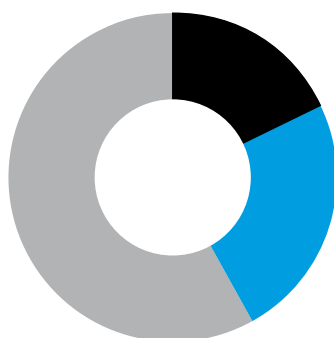
SOURCE DE FINANCEMENT	%	% GÉRÉS PAR LE MS
Ménages	57%	0%
Autres privés (INPS, employeurs, etc.)	5%	0%
Fonds publics/État	18%	94%
Autres publics/collectivités décentralisées	6%	0%
Reste du monde	13%	51%
Total	99%	-

Source : CNS 2006 (tableaux 9 et 10)

Si l'on regroupe ces chiffres, on obtient la figure suivante :

Figure 7.3

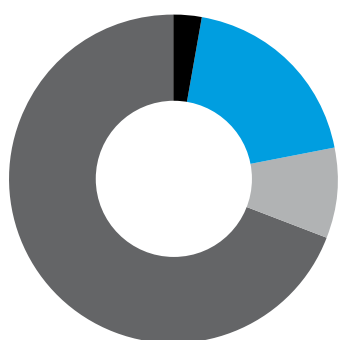
Les sources de financement de la santé au Mali



PRIVÉ (AUTRES PRIVÉS ET RESTE DU MONDE)	18%
SECTEUR PUBLIC	24%
POCHES DES MÉNAGES	58%

Source : CNS 2006

Figure 7.4
La structure des dépenses de santé au Mali



ANALYSES DE LABORATOIRE	3%
CONSULTATIONS	19%
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	9%
MÉDICAMENTS MODERNES	69%

Source : CNS 2006

Regardons à présent en détail ce que les ménages achètent en santé avec leur argent :

Ainsi, la grosse majorité de ce qui sort de la poche des ménages pour la santé est dépensée dans le médicament. Or, ce médicament est souvent une spécialité au lieu d'un générique. En plus, de nombreux médicaments prescrits ne sont pas totalement nécessaires, et les protocoles de traitement officiels ne sont pas toujours suivis par les prescripteurs (par exemple, des prescripteurs recommandent encore des injections de quinine). Et finalement, la qualité du médicament est parfois douteuse. Ainsi, d'après une enquête réalisée par l'OMS dans quelques pays africains (OMS, 2003), il ressort qu'au Mali, les antipaludiques ne correspondent pas aux spécifications dans 22% des échantillons pris dans le secteur public, et dans 43% des échantillons provenant du secteur privé.

Le gouvernement a cependant agi sur le médicament de plusieurs manières. Par exemple, entre 1994 et 1998, il a limité la hausse des prix des médicaments vendus dans le secteur privé grâce à une fixation consensuelle des marges des grossistes et des officines privées et en diminuant la pression fiscale sur le médicament ; il a également introduit le médicament générique. Le médicament est aujourd'hui disponible dans le public et le privé (81% et 92% respectivement) (OMS, *Mali : Profil pharmaceutique du pays*). Toutefois, le médicament reste cher car dans les secteurs public et communautaire, le décret réglementant la fixation des tarifs est peu ou pas appliqué. En outre, dans le secteur privé, sur le plan tarifaire, l'introduction du générique est un échec ; en effet, les prix des médicaments génériques les plus vendus dans le secteur privé représentent presque 400% des prix des médicaments génériques les plus vendus dans le secteur public. Ceci indique des possibilités d'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments génériques dans le secteur privé. Le rapport en question proposait ainsi, que pour les 10 voire 15 médicaments les plus essentiels, l'État fixe des prix de vente uniques au patient, quel que soit le secteur (un pays voisin a réussi à appliquer ce modèle malgré la liberté des prix) (MS/DPM/OMS/HAI/UTM, 2005).

Au total, il ressort que la séparation entre le financement et la fourniture de services n'a pas encore été effectuée au Mali. Il y aurait deux moyens de l'effectuer :

- par la mise en place d'un système d'assurance-maladie, qui permettrait de contractualiser avec les prestataires publics et privés, qui seraient ainsi remboursés pour leurs services aux adhérents ;
- par la décentralisation, où l'on financerait les collectivités territoriales, lesquelles contractualiseraient avec les prestataires de services.

Si l'on considère qu'au Mali, (i) le financement de la santé géré par le MS ne représente au mieux qu'un quart des dépenses totales de santé ; (ii) que les pauvres optent souvent pour consulter le secteur privé plutôt que le public et qu'ils dépensent la plupart de leur argent consacré à la santé dans des

médicaments souvent achetés dans le privé ; (iii) que le système d'assurance obligatoire ne concerne que le secteur formel (moins de 10% de la population, et qui est donc une population privilégiée) et que les mutuelles de santé n'arrivent toujours pas à couvrir plus de 3% de la population ; (iv) que le gouvernement a opté pour une politique de décentralisation ; la séparation entre le financement et la fourniture de services pourrait aisément se mettre en place grâce à la décentralisation. En effet, si les communes urbaines et rurales ont la charge de la santé, elles pourraient conclure des contrats avec le secteur privé, comme elles le font déjà avec les CSCOM. Il faudrait rendre ce système efficace en s'assurant que les communes ont les capacités de contractualiser, connaissent leurs options en termes de PPP – l'idée étant de rendre les communes capables de financer et de gérer des services de santé qui permettront d'atteindre les objectifs de santé publique dans ces communes.

Jusqu'à présent, les communes reçoivent des fonds de la manière suivante : (i) à travers la collecte des impôts locaux, qu'elles effectuent elles-mêmes ; (ii) à travers le Budget national ; (iii) à travers l'ANICT ; (iv) à travers des fonds privés grâce au jumelage avec des villes d'autres pays, des ONG, etc. ; (v) en outre, les CSCOM ainsi que les ONG sont souvent financés directement par le niveau central, qui fournit du personnel, achète du matériel, envoie des vaccins ou simplement contractualise une ONG.

L'on pourrait poser la question du financement du PPP en se demandant si l'on doit créer un fonds pour les partenariats public-privé, ou si l'on doit financer les PPP à travers une structure existante, en choisissant celle avec le système le plus efficace.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le tableau suivant tente de décrire comment le Mali intègre le secteur privé dans les sept caractéristiques principales d'une approche sectorielle retenues au début de ce chapitre :

Tableau 7.4

L'intégration du secteur privé dans les sept caractéristiques principales d'une approche sectorielle

CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE SECTORIELLE	CONSTAT CONCERNANT LE SECTEUR PRIVÉ
1. Elle porte sur l'ensemble du secteur	Environ 50% des services utilisés par la population ne sont pas pris en compte par le PRODESS
2. Elle repose sur une stratégie sectorielle unique	Le PRODESS est la stratégie sectorielle unique, mais la stratégie de développement du secteur privé n'en est encore qu'au stade de la conception
3. Il existe un cadre des dépenses consolidé et unique	Le CDMT couvre les ressources issues de l'État, des PTF, des collectivités et du recouvrement, mais pas le financement du secteur privé par des PPP, ni les dépenses du ou pour le secteur privé
4. L'opération est placée entièrement sous la responsabilité des parties prenantes locales	Hormis à Bamako, le secteur privé n'est pas encore bien organisé au niveau du pays
5. Les principaux bailleurs de fonds adhèrent à l'approche	Certains bailleurs imposent encore leurs idées et leurs projets
6. Tous les bailleurs de fonds adoptent les mêmes dispositions de mise en œuvre	Beaucoup de bailleurs utilisent encore leurs propres procédures
7. On utilise les ressources locales plutôt que l'assistance technique étrangère	Plusieurs expériences reposent sur des financements extérieurs et ne sont pas intégrées dans le budget, et s'arrêtent dès que le financement extérieur est épuisé

Ainsi, l'approche sectorielle n'a longtemps pas intégré le secteur privé à but lucratif. Les choses sont toutefois en train de changer, et les développements récents (notamment en partenariat avec la SFI) sont prometteurs. En vue d'intégrer le secteur privé dans l'approche sectorielle, ce qui aurait pour but d'améliorer (i) la couverture, la qualité et l'équité dans la fourniture des services de santé ; (ii) l'efficacité de la dépense de l'État ; et (iii) l'efficacité de la dépense des ménages ; nous recommandons les activités suivantes, qui pourraient être mises en place très vite :

Au niveau institutionnel :

- Créer un groupe de travail sur les PPP, incluant le MS, l'ANICT, le MDSS-PA, des représentants du secteur privé et des ONG pour (i) finaliser la feuille de route sur les PPP au Mali, déjà élaborée par le MS ; (ii) mettre en œuvre la feuille de route sur les PPP ; et (iii) définir les fonctions essentielles du MS aux niveaux central et régional pour la mise en œuvre des PPP ;
- Accélérer le processus de décentralisation et porter une attention particulière au renforcement des capacités des communes en matière de PPP, de manière intégrée avec les autres secteurs tels que l'eau et

l'éducation, qui essaient aussi de développer les capacités des communes en matière de PPP ;

- Renforcer le point focal/l'équipe du MS pour le PPP ;

Au niveau de l'organisation des services :

- Évaluer les expériences du Mali et d'ailleurs, pour en tirer les leçons et les diffuser ;

Au niveau de la politique du secteur :

- Développer une stratégie d'accessibilité au médicament générique en partenariat avec les grossistes privés et les officines privées ;
- Développer une stratégie de communication sur les PPP auprès d'audiences cibles. Ceci est très important car il faut veiller à bien expliquer que le ministère de la Santé va utiliser les ressources déjà existantes au Mali à des fins de santé publique, et que l'on ne parle pas de privatisation.

RÉFÉRENCES

CPS/MS, DNSI et MEASURE DHS+, 2006, *Mali : Enquête démographique et de Santé (EDSM-IV)*.

Lynne Miller Franco, Cheick Hamed Tidane Simpara, Ousmane Sidibé, Allison Gamble Kelley, François Pathe Diop, Marty Makinen, Abdoulaye Ba, Clara R. Burgert, 2006, « Initiative pour l'équité au Mali : Évaluation de l'impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des services à fort impact dans les Cercles de Bla et la Commune de Sikasso au Mali », USAID/PHRPlus, Bethesda : Abt Associates (septembre).

Ministère de la Santé (MS) / Institut national de recherches en Santé publique (INRSP), 2006, *Les Comptes nationaux de la Santé au Mali 1999-2004*.

Ministère de la Santé (MS) / Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) / OMS / HAI / UTM, 2005, « Le prix des médicaments : Rapport d'étude de cas au Mali » (janvier).

Marek, Tonia, Catherine O'Farrell, Chiaki Yamamoto, et Ilyse Zable, 2006, « Tendances et perspectives des partenariats entre les secteurs public et non-étatique pour améliorer les services de Santé en Afrique », *Série Documents de travail No. 106*, Développement humain de la région Afrique, Washington : Banque mondiale.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2003, *Quality of Antimalarials*, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Mali : Profil pharmaceutique du pays*, disponible sur : www.who.int/medicines/areas/coordination/Maliprofile.pdf

CONCLUSION

CONCLUSION

CONCLUSION

Cet ouvrage analysant dix ans d'approche sectorielle Santé au Mali a permis de valoriser le travail des acteurs et de capitaliser l'expérience pour leur permettre d'aller de l'avant en pleine conscience des étapes parcourues. Il permettra aussi, nous l'espérons, aux « nouveaux venus » du secteur de la santé (en particulier au sein des agences de coopération) de mieux connaître l'historique de leur nouvel environnement de travail, et à des acteurs travaillant dans d'autres secteurs et/ou d'autres pays de s'inspirer de l'expérience positive du Mali pour dégager des leçons pour leur propre domaine d'intervention. Ceci est particulièrement important pour les pays qui ont rejoint le Partenariat International pour la Santé (IHP+) et qui doivent dès lors développer ou consolider tous les ingrédients d'une approche sectorielle. L'expérience malienne pourra leur être utile d'autant plus qu'elle est l'une des plus abouties en Afrique francophone.

Cet ouvrage a traité de plusieurs enjeux capitaux du secteur de la santé, qu'il serait difficile de synthétiser ici. Nous préférons nous limiter dans ces conclusions à quelques éléments clés de l'approche sectorielle en tant que modalité de coopération, et renvoyons le lecteur aux conclusions propres à chaque chapitre pour des analyses plus spécifiques. Deux conclusions majeures nous semblent tout d'abord importantes à dégager pour l'ensemble des acteurs.

En premier lieu, nous insistons sur le fait que l'approche sectorielle n'est précisément qu'une modalité de coopération, c'est-à-dire un moyen, qu'il ne faut pas prendre pour un but en soi – l'objectif final étant bien sûr d'atteindre des résultats en termes d'impacts sur le terrain. Dès lors, au-delà de l'organisation formelle d'une approche sectorielle, il importe de mener continuellement des analyses pour nourrir la réflexion stratégique et passer à l'action pour lever les goulets d'étranglement. L'approche sectorielle a des avantages indéniables pour faciliter ce processus, notamment à travers le mécanisme de suivi-évaluation conjoint du programme sectoriel et la mise en cohérence des interventions de tous les acteurs vers des buts communs. Toutefois, le risque est réel que les acteurs se limitent aux aspects formels de l'approche sectorielle (participation aux organes de coordination, etc.) sans réellement s'impliquer dans l'affinement des politiques et la mise en œuvre des mesures parfois très « macro » qui s'imposent.

En second lieu, si comme indiqué dans l'introduction de cet ouvrage, il n'existe pas de modèle unanimement accepté de l'approche sectorielle et que ses composantes sont modulables, il ressort de l'expérience malienne que les deux piliers principaux d'une approche sectorielle sont d'une part, l'existence d'un cadre de concertation et de dialogue politique et d'autre part, une politique et une stratégie sectorielle claires et acceptées par l'ensemble des parties prenantes. Au Mali, l'approche sectorielle a été développée autour du premier PRODESS, lequel était issu d'un processus de longue haleine initié par le Ministère de la Santé et quelques partenaires privilégiés du projet PSPHR, ensuite étendu pour inclure les principales parties prenantes (société civile, ensemble des PTF). Une fois ces deux

éléments établis, on a pu bâtir au fur et à mesure les autres composantes de l'approche sectorielle, à savoir le cadre d'évaluation des performances, le cadre des dépenses à moyen terme, l'amélioration du système de gestion et le renforcement progressif des capacités du Ministère de la Santé ; ce qui a permis à son tour d'améliorer la politique sectorielle en y intégrant, de manière consensuelle, des préoccupations nouvelles (ressources humaines, renforcement du système de santé, etc.). Ce « cercle vertueux » a été possible grâce à la construction progressive d'un capital de confiance entre les uns et les autres, ce qui n'est à notre avis possible que dans le cadre d'une dynamique d'approche sectorielle.

Au-delà de ces leçons pour les acteurs directement impliqués dans l'approche sectorielle santé au Mali, cette expérience est particulièrement intéressante à capitaliser en interne pour la coopération belge au regard de son évolution actuelle. A cet égard, trois points nous paraissent intéressants à relever.

Premièrement, les développements récents du secteur de la santé au Mali soutenus dans le cadre de l'approche sectorielle s'inscrivent en parfait accord avec la Note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé » de la coopération belge du 24 novembre 2008. Parmi les principaux problèmes que la Note a identifiés et auxquels le secteur de la santé a été confronté ces dernières années, plusieurs problèmes demeurent au Mali, en particulier la complexité croissante de l'architecture de l'aide internationale dans le secteur de la santé qui augmente la pression sur l'administration sanitaire nationale et locale ; le sous-financement et la nécessité d'un budget durable et prévisible avec allocation cohérente des moyens ; et le manque de cohérence interne de la part des pays donateurs dans l'utilisation des différents canaux d'aide. La Note identifie également les principaux défis suivants pour le système des soins de santé, qui sont d'ailleurs adressés par le PRODESS dans ses différents volets : (i) la carence en ressources humaines, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (Volet 2 du PRODESS et PNRHS) ; (ii) la sous-estimation de l'impact sur les soins de santé d'importantes maladies transmissibles, négligées ou nouvelles (Volet 4) ; (iii) la faible qualité et l'utilisation limitée des services de soins de santé (Volets 1 et 4) ; (iv) la disponibilité insuffisante de produits pharmaceutiques essentiels (Volet 3). La Note politique spécifie que les lignes de force d'une réponse de la coopération belge aux défis du secteur de la santé et du système des soins de santé comportent l'application des modalités de l'aide sectorielle (y compris la garantie d'un financement accru, durable, prévisible et cohérent et l'amélioration de la cohérence interne entre les différents canaux d'aide) et l'appui spécifique au système des soins de santé, au regard des quatre principaux défis identifiés plus haut. En pratique, la coopération belge insiste sur l'importance du maintien d'un lien solide entre le niveau central et le niveau opérationnel. Elle considère sa plus-value à travers la combinaison d'un appui au niveau central et d'appui(s) au niveau opérationnel permettant de relayer des approches innovantes au niveau central, renforçant ainsi le secteur dans son ensemble. Dans cette stra-

tégie de double ancrage, les projets (programmes) s'inscrivent dans une approche sectorielle (« new style projects »). C'est en effet l'approche qui a été utilisée au Mali, où la coopération belge est intervenue à la fois à travers un projet d'appui à la région sanitaire de Mopti (faisant suite à d'autres projets), divers projets de recherche universitaires et une assistance technique au niveau central (voir ci-dessous).

Deuxièmement, la participation à l'approche sectorielle santé au Mali s'inscrit également tout à fait dans les efforts déployés actuellement par la coopération belge en matière d'harmonisation de l'aide en vue d'une plus grande efficacité. En effet, le Plan pour l'Harmonisation et l'Alignement de l'aide (Plan H&A) du 8 juin 2007, qui définit la stratégie belge d'amélioration de l'efficacité de la coopération, pose clairement le choix du développement d'une « approche secteur » afin de mettre un terme à la multiplication des interventions distinctes, isolées et souvent de petite envergure, qui posent des problèmes de cohérence et d'alignement sur les priorités sectorielles. La Note politique Santé fait elle aussi clairement le choix d'appuyer des plans de santé axés sur les résultats selon une approche sectorielle, soit sous la forme d'une aide budgétaire sectorielle, soit (dans l'optique d'une « approche portfolio ») d'une aide complémentaire au niveau infranational ou opérationnel. La Note précise que dans les pays où l'approche sectorielle est correctement développée et porte ses fruits, la Belgique doit envisager d'y participer, voir même assumer un rôle de chef de file dans le secteur de la santé, en développant la capacité nécessaire afin d'endosser ou de conserver ce rôle moteur ; quant aux pays partenaires importants où le gouvernement n'est pas (encore) capable d'élaborer une approche sectorielle, la Belgique doit être prête à jouer un rôle proactif, afin de pouvoir renforcer progressivement la capacité du pays à la fois dans ses rôles de gestion du secteur et de coordination des différents acteurs. L'expérience accumulée en la matière au Mali pourra aider la coopération belge à jouer ce rôle de moteur dans la mise sur pied et l'animation d'une approche sectorielle. Par ailleurs, le Plan H&A reconnaît aussi que dans le prolongement de la Déclaration de Paris, un nouveau consensus est en train de se développer quant au rôle des donateurs qui passe de la fourniture directe de services à la population au renforcement des institutions des pays partenaires de manière à ce que celles-ci (et non les donateurs) améliorent leurs services à leur propre population. En effet, donner aux institutions locales les moyens de se responsabiliser est la seule manière d'œuvrer au développement durable, et c'est pourquoi le soutien aux institutions locales (renforcement institutionnel) est en train de devenir l'objectif central des donateurs. Dans cette perspective, la Belgique tente de se profiler davantage dans l'amélioration de la capacité institutionnelle des pays partenaires, comme elle l'a fait au Mali en mettant une assistance technique à la disposition du Ministère de la Santé.

Troisièmement, la coopération belge a aussi développé dans le cadre de l'approche sectorielle santé au Mali une expérience en matière d'assistance technique (AT) « *de nouveau style* ». La réflexion initiée depuis

quelques années par la CTB pour réformer l'assistance technique a clairement mis en exergue que la finalité de l'AT doit être le renforcement des capacités des institutions partenaires à travers « l'évolution des mentalités et des attitudes ». Or, l'accompagnement des processus de changement institutionnel dans les pays partenaires nécessite que les assistants techniques disposent de connaissances spécifiques, d'outils adéquats et de nouveaux types de compétences, telles que l'aptitude à engager un dialogue de manière sensée ; faciliter le changement sans dominer ; conseiller, tout en apportant une aide opérationnelle le cas échéant ; jouer un rôle de médiateur dans la résolution des conflits ; protéger les organisations contre les forces négatives extérieures, peut-être en créant un contre-pouvoir constructif avec le partenaire ; développer la capacité du partenaire à formuler une politique de ressources humaines ; participer aux nouveaux outils de développement tels que les conférences de donateurs multiples, les missions conjointes, l'établissement de réseaux, etc. ; et analyser des environnements institutionnels complexes (CTB/ACE/ECDPM, 2006 : 58). Outre l'assistance technique fournie dans le cadre du projet franco-belge d'appui au PRODESS dans la région de Mopti, la coopération belge a mis à disposition de la Cellule de Planification et de Statistique du secteur de la Santé une assistance technique en appui à l'approche sectorielle et à l'appui budgétaire. L'AT a été financée via le Programme d'Appui en Expertise belgo-malien (géré en régie belge) et a commencé par un contrat à temps plein sur une durée de neuf mois en 2007, suivi d'une assistance technique « perlée » à travers des missions d'appui régulières jusqu'avril 2009. L'utilisation du fonds d'expertise pour financer de l'AT est très apprécié par la partie malienne car il permet une certaine flexibilité de gestion (qui est plus difficile à obtenir sur financement projet), il permet de mobiliser rapidement des ressources en termes d'expertise et ne pèse guère sur l'administration. En outre, une telle AT déliée de la gestion d'un projet et placée au niveau central a de nombreux avantages, comme la possibilité d'avoir une vision globale du développement du secteur, la compréhension des enjeux depuis l'intérieur de l'administration, la situation stratégique permettant d'aider à lever les contraintes qui pèsent sur le secteur, une grande liberté d'action vu la quasi absence de contraintes administratives, ou encore la neutralité de la position vu l'absence d'agenda propre. Il s'agit donc d'un positionnement privilégié pour servir de facilitateur et d'interface entre les différents protagonistes du secteur (en particulier l'administration et les partenaires au développement) ; pour mener des analyses stratégiques, s'inspirer d'expériences d'autres pays et capitaliser les expériences menées ; et pour appuyer le renforcement des capacités de l'administration. Ce type d'AT est donc particulièrement pertinent pour appuyer la mise en œuvre de réformes sectorielles et le développement des capacités de l'administration. D'ailleurs, l'AT concernée a pu rapidement s'intégrer et gagner la confiance de son administration et des autres partenaires au développement, devenant une interface de choix entre les deux parties et un interlocuteur de référence dans le dialogue politique ; partant, elle a pu appuyer des réformes importantes dans le secteur, en particulier la politique de développement des ressources humaines et la préparation du Compact/IHP+. Cette ex-

périence positive mérite d'être utilisée pour inspirer le design de l'AT dans d'autres pays et d'autres secteurs.

En conclusion, l'approche sectorielle santé au Mali est une expérience extrêmement riche d'enseignements – à la fois pour les acteurs directement impliqués mais aussi pour d'autres, en particulier la coopération belge. L'on peut dès lors regretter que dans le cadre de la mise en œuvre du Code de conduite de l'Union Européenne sur la division du travail et de la concentration sectorielle qui l'accompagne, la Belgique se soit retirée du secteur de la santé du Mali, malgré une longue tradition de coopération. Le choix des secteurs de concentration est effectué lors de la rédaction des Programmes Indicatifs de Coopération et dans le cas du Mali, le soutien d'un grand nombre de donateurs au secteur de la santé aura sans doute fait pencher la balance en faveur d'un retrait progressif et d'une réorientation vers d'autres secteurs où la Belgique peut avoir une plus grande valeur ajoutée. Comme le stipule la Note politique Santé, dans les pays où la coopération belge ne souhaite plus s'investir prioritairement dans le secteur de la santé, il convient d'examiner si elle peut se retirer du secteur sans porter préjudice à la durabilité de l'intervention ou au secteur lui-même, et de préparer un scénario de sortie. Outre la finalisation du projet d'appui au PRO-DESS à Mopti, cet ouvrage de capitalisation ainsi que l'appui à l'élaboration du Compact/IHP+ peuvent s'entendre dans ce sens. Quant aux acteurs de l'approche sectorielle au Mali, ils se sont engagés dans la mise en œuvre du Compact/IHP+ forts de leur expérience, et peuvent donc raisonnablement en attendre une consolidation de leurs bons résultats.

RÉFÉRENCES

Coopération Technique Belge (CTB) avec ACE et ECDPM, 2006, « Faire évoluer les mentalités et les attitudes – Vers une amélioration de l'assistance technique belge », *BTC Reflection and Discussion Paper* 2006/01.

Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD), 2008, *Note politique* « Le droit à la santé et aux soins de santé » rédigée par D0.1 en collaboration avec le Groupe de travail Santé et la Plate-forme Be-cause Health et approuvée par le Ministre Charles Michel à Bruxelles, le 24 novembre 2008.

Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD), 2007, « Augmentation de l'efficacité de l'aide gouvernementale bilatérale belge », *Plan pour l'Harmonisation et l'Alignement de l'aide* (Plan H&A), 8 juin.

ANNEXES

UNE ANALYSE CONSENSUELLE DES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN POUR DÉFINIR LES PRIORITÉS DE L'APPROCHE SECTORIELLE¹

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Cette synthèse des forces et faiblesses du système de santé malien peut sembler assez négative mais c'est en partie dû à sa présentation très synthétique. Il ne faut pas oublier que parmi les systèmes de santé de la sous-région, le système de santé malien est celui qui sans conteste a fait montre ces dernières années d'une plus grande réactivité et d'une plus grande capacité de réformes audacieuses, malgré l'importance des contraintes diverses et le peu de ressources disponibles. Les acquis sont très importants, même s'ils doivent être consolidés.

Une première version de ce texte a été soumise pour avis à une trentaine d'acteurs du système de santé malien, tant nationaux que membres des PTF. Une quinzaine nous ont communiqué leurs avis et commentaires, qui ont été intégrés dans le texte ci-dessous.

Lors de l'atelier sur l'approche sectorielle santé au Mali, organisé à Bamako en octobre 2007 par la CPS/MS, l'OMS et la CTB, de nouveaux commentaires et avis ont été proposés par une douzaine de participants et intégrés dans cette version.

FORCES :

Au niveau des politiques de santé :

- » Le gouvernement du Mali a mis en place depuis plusieurs années un système de santé innovant basé sur une réelle participation et prise de pouvoir des communautés dans la gestion de leur CSCOM
- » La politique de santé est clairement définie par le ministère de la Santé (MS) ; elle est cohérente ; sa pertinence est reconnue et les PTF y adhèrent
- » Il existe une réelle convergence entre la politique de santé et la politique de développement social, toutes deux intégrées en une seule politique sectorielle de développement sociosanitaire
- » Un processus de décentralisation est en cours, même si actuellement, pour la santé la décentralisation concerne les compétences mais pas encore les ressources financières et humaines
- » Le système de santé est assez réactif. Des initiatives et des expériences intéressantes sont réalisées : mutuelles de santé, médecins de campagne, nouveau système de gestion et de financement d'un cercle de santé (expérience de Sélingué), etc. ; toutefois, ces expériences sont peu capitalisées
- » La politique de prescription des médicaments sous forme DCI est de mieux en mieux acceptée par les prescripteurs, principalement au niveau des cercles, même si le recours aux spécialités est encore trop fréquent (principalement au niveau du privé et des hôpitaux de référence)

En termes de ressources humaines et financières :

- » La faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontomatologie forme un nombre important de médecins, de même que l'Institut national de formation en Sciences de la Santé pour le personnel infirmier ; en première analyse, le nombre absolu de prestataires de soins disponibles sur l'ensemble du pays semble suffisant ; c'est leur répartition géographique, leurs compétences et leur motivation qui posent des difficultés
- » Les ressources financières allouées au système de santé sont élevées : près de 30 USD par habitant et par an en 2006, et sont en forte augmentation : plus de 50% depuis 2000 ; cependant, cette augmentation concerne avant tout les zones les plus favorisées (Bamako) et donc, en termes d'équité, la situation a empiré ; dans les zones les plus pauvres, les ressources financières n'ont pas augmenté et la participation des ménages reste très élevée ; dans plus de 60 % des cas, les familles maliennes doivent déboursier des sommes catastrophiques (plus de 40% de leurs dépenses non récurrentes) pour une simple consultation curative (coût moyen de plus de 5.000 FCFA)

¹ | Cette analyse a été élaborée en octobre 2007 par le Professeur Bruno Dujardin (École de Santé publique / Université Libre de Bruxelles) et amendée sur la base des commentaires et témoignages recueillis auprès de nombreux acteurs nationaux et internationaux.

En ce qui concerne la participation des différents acteurs :

- » Les relations entre le MS et les PTF sont très bonnes et ouvertes ;
- » le MS a mis en place un système efficace de modalités conjointes de suivi et d'échanges
- » Les grandes catégories d'acteurs sont regroupées au sein d'associations représentatives : PTF, ONG santé, guérisseurs traditionnels, population (FENASCOM, qui a obtenu le statut d'institution d'utilité publique)
- » La participation des communautés est bien structurée au niveau des aires et des cercles de santé (ASACO et FELASCOM)

En ce qui concerne les infrastructures :

- » La planification des infrastructures est quasi complète : ± 750 CSCOM, 59 hôpitaux de districts et 11 hôpitaux de 2e et 3e référence sur respectivement 1070, 59 et 11 prévus (mais dans le Nord, 50% des CSCOM prévus doivent encore être construits)
- » Un système de radiocommunication (RAC) entre CSCOM et Centres de santé de référence est opérationnel dans quasi tous les cercles de santé (même si l'entretien de l'équipement pose parfois problème)

En ce qui concerne la planification et la gestion des activités :

- » La planification (PO, CROCEP, ...) est très développée avec une réelle participation des prestataires et une approche de bas en haut effective
- » Les programmes verticaux sont bien structurés, les stratégies sont définies et certains fonctionnent très bien (ex : PNLT)
- » Le concept de « gestion axée sur les résultats » sous-tend les efforts de planification
- » Les médicaments génériques et certains médicaments traditionnels améliorés sont en général disponibles au niveau des CSCOM et des Centres de santé de référence
- » Le système d'information sanitaire est fort développé et permet d'assurer un très bon suivi des résultats (utilisation, couverture sanitaire, etc.) des centres de santé ; le système est assez bien maîtrisé par les prestataires ; il serait opportun d'intégrer des aspects qualitatifs (processus et qualité des soins) ; la qualité et la fiabilité des données hospitalières doit être améliorée

- » La transparence et l'efficacité de la gestion des finances du secteur santé s'améliorent fortement

En termes d'accès aux soins de santé :

- » La couverture sanitaire (% de la population vivant à moins de 15 km d'une structure de santé) s'est fortement améliorée
- » Des stratégies spécifiques (équipes mobiles polyvalentes, stratégies avancées) ont été mises en place pour les zones d'accès difficile ou à population mobile
- » Le gouvernement a fait un effort spécial pour diminuer le prix des médicaments génériques pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population
- » La référence des urgences obstétricales est organisée et la césarienne est gratuite pour la patiente (l'acte et les frais médicaux, mais pas le transport)
- » La chirurgie d'urgence est disponible dans la majorité des districts de santé : bloc chirurgical équipé avec médecin généraliste à compétence chirurgicale, oxygène et équipement de laboratoire pour pratiquer la transfusion ; toutefois, la formation chirurgicale des médecins laisse parfois à désirer
- » La santé de la mère et de l'enfant a été améliorée : large distribution de moustiquaires imprégnées lors des CPN, gratuité de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans
- » Décentralisation récente dans les régions et dans certains districts du dépistage VIH, mise à disposition et gratuité des antirétroviraux

En termes de résultats :

- » Les taux de couverture des activités préventives sont bons et en constante amélioration sur l'ensemble du pays, sauf pour la planification familiale où les résultats sont désespérément bas

FAIBLESSES :

La qualité des soins est le parent pauvre du système :

- » Les soins curatifs ambulatoires et hospitaliers sont délaissés en faveur des grands programmes verticaux financés par les PTF qui, trop souvent, exercent encore des pressions politiques directes quant à la définition des priorités (ex : la multiplication des journées nationales de vaccination) ou interviennent de façon directe dans la planification des programmes spécifiques
- » Le fonctionnement des services de santé de premier contact ne répond pas aux critères de l'approche centrée sur le patient : les délais sont importants pour le patient (avant consultation, entre labo et traitement), la qualité de l'accueil n'est pas bonne et une information correcte et pertinente est rarement transmise aux malades, la gestion et l'amélioration de l'interface patients-communautés et prestataires n'est pas perçue comme une priorité
- » Il y a dans certaines structures un réel risque d'iatrogénéité médicale : injections intraveineuses ou intramusculaires de dexaméthazone, atropine, gentamycine, ocytociques, etc., non justifiées
- » Il n'existe pas dans les CSREF d'unité de soins intensifs ou de services avec un nombre limité de lits où un nursing ou suivi continu des malades graves peut être assuré
- » De nombreux CSCOM ont une mauvaise maîtrise des populations dont ils ont la responsabilité et ne distinguent pas dans leur système d'information l'origine géographique des patients (aire ou hors aire)
- » Dans les CSCOM, les activités de soins curatifs et préventifs sont souvent scindées et réalisées par un personnel différent, ce qui ne favorise pas l'intégration et la globalité des soins
- » Les fiches opérationnelles utilisées et les outils de rapportage (registres) ne permettent souvent pas d'assurer la continuité des soins (malades chroniques, soins préventifs), comme l'identification des perdus de vue, des abandons, le suivi des cas référés, la contre référence
- » Les normes et stratégies concernant la qualité des soins, la rationalité des prescriptions, la prévention des infections ne sont pas toujours respectés

Les programmes verticaux ne sont souvent pas assez intégrés :

- » Trop souvent, le fonctionnement quotidien des services de santé est perturbé par les interventions des programmes spécifiques : formations intensives et répétées, supervisions directes qui court-circuitent les équipes sociosanitaires des cercles, etc.
- » Les supervisions trimestrielles dites intégrées sont en fait des supervisions spécifiques juxtaposées
- » Si les PTF adhèrent à la politique de santé du Mali, on constate toutefois une opposition entre les partisans d'une approche globale et ceux d'une approche sélective ou par programme ; trop de PTF encore se sentent plus redevables de leur programme spécifique que d'un appui au développement homogène du système de santé malien

Les différents sous-ensembles du système de santé fonctionnent de façon peu cohérente :

- » Il existe des antagonismes entre les différents acteurs et prestataires de soins du premier niveau (les guérisseurs traditionnels d'une part et d'autre part, les agents communautaires et les infirmiers) ; l'intégration et la continuité des soins entre CSCOM et CSREF devrait être améliorée (pas assez de référence-contre référence) et elle est quasi absente entre les CSREF et les hôpitaux de deuxième et troisième référence (régionaux et nationaux) ; les hôpitaux de 2e et 3e référence ont une autonomie de gestion mais ne répondent pas aux besoins du système (la recherche de bénéfices prime sur l'amélioration de la fonction de référence) et s'intègrent peu dans les politiques de santé ; le système non étatique (privé et confessionnel), pourtant aussi utilisé par les plus pauvres, n'est pas suffisamment pris en compte par le secteur public
- » L'hôpital régional a un statut spécifique et collabore difficilement avec la Direction régionale de la Santé
- » En milieu urbain, mais aussi parfois en zones rurales, il existe un chevauchement des compétences entre les CSCOM et les CSREF : en effet, les activités préventives et la prise en charge des cas curatifs primaires sont aussi réalisés par les CSREF, créant ainsi une forme de concurrence déloyale vis-à-vis des CSCOM

Les ressources humaines posent problème : compétences, motivation, éthique :

- » La compétence des ressources humaines (médicales, paramédicales et administratives) varie très fort d'un endroit à l'autre ; les infirmiers nouvellement sortis de formation ne semblent plus satisfaire aux exigences de leurs responsabilités médicales sur le terrain ; il y a une pléthore de stagiaires dans les infrastructures et un manque de contrôle de la qualité de la formation professionnelle
- » La formation des ressources humaines, tant initiale que continue (pertinence, contextualisation, qualité) pose problème, même si une politique de formation est en train de se mettre en place
- » De trop nombreux CSCOM (plus de 30%) ne disposent pas de ressources humaines suffisamment compétentes ou manquent d'équipement ; les équipes en place sont très instables, ce qui nuit à la qualité de l'interface avec la communauté
- » Le personnel de santé est démotivé, entre autres par des salaires très insuffisants, surtout en milieu rural, et/ou inaccessible (les primes d'éloignement (5.000 FCFA) sont tout à fait insuffisantes), par le manque de récompenses, mais aussi par une gestion des ressources humaines quasi inexistante : il n'y a pas (encore) de plan de carrière ; les prestataires sont isolés : le travail en équipe est très peu développé ; leurs statuts (public, privé, ASACO, fonds PPTE) sont multiples et très peu stables, hormis dans la fonction publique
- » L'éthique professionnelle est insuffisante ; l'impunité est quasi-totale et le pouvoir hiérarchique très faible et facilement contourné ; les associations professionnelles sont avant tout corporatistes ; les dessous-de-table et autres manifestations de la corruption sont encore trop nombreux

L'accessibilité économique des plus pauvres pose problème :

- » La stratégie de recouvrement des coûts mise en place au niveau des CSCOM et des CSREF pose des problèmes éthiques importants : vu le niveau de pauvreté du pays, un pourcentage élevé de la population n'a pas accès aux services de santé, d'autant plus si on tient compte des coûts indirects (déplacement, etc.)
- » Le statut d'indigent est mal défini et les fonds pour la prise en charge des indigents sont peu fonctionnels ou insuffisants

La qualité de la participation communautaire est insuffisante :

- » Le bénévolat n'est pas motivant pour les membres du bureau de l'ASACO et la gestion laisse parfois à désirer
- » En dehors des aspects gestionnaires, les ASACO et les FELASCOM n'ont pas encore bien intégré leurs fonctions d'appui au développement des aires de santé : approche intersectorielle, hygiène du milieu, etc., et sont trop passives
- » L'accessibilité financière est critique : au premier niveau, les coûts indirects sont très élevés ; dans les structures de référence, la prescription de spécialités et de longues listes de médicament rendent souvent les traitements très onéreux
- » Les collectivités et les communautés participent très peu au financement et à l'organisation de la référence évacuation (problème du financement de l'évacuation des parturientes en difficulté)

La gestion du système de santé a tendance à se bureaucratiser :

- » La planification, les rapports administratifs, la rédaction des PO et des différents RA prennent un temps considérable aux responsables des CSREF, avec comme conséquence une diminution du temps disponible pour la gestion de leur équipe et la résolution de problèmes de leur cercle de santé ; les rapports sont rédigés mais manquent souvent d'analyse et de réactivité
- » La planification réelle des activités du niveau central et régional (calendrier et contenu des missions d'appui) est encore fortement verticalisée et ne se fait pas en fonction des besoins exprimés par le niveau opérationnel ; en conséquence, les recommandations des rapports de suivi et d'évaluation restent souvent lettre morte, ce qui a tendance à démotiver les acteurs du système
- » Au niveau des CSCOM, de nombreux problèmes structurels ou fonctionnels se posent encore, certaines aires de santé étant trop petites et non viables ; dans certains cas, la création de CSCOM est fortement politisée, ce qui interfère avec le plan de couverture et nuit à la viabilité financière des structures mises en place ; parfois, la logique de participation est inversée, ce sont les PO qui définissent la création des CSCOM et donc des ASACO
- » Malgré l'adoption des décrets nécessaires, la dé-

centralisation et la déconcentration sont encore peu opérationnelles, entre autres par manque de compétences et de ressources au niveau des collectivités territoriales

La gestion financière doit être améliorée :

- » Les procédures administratives et financières sont souvent complexes et longues ;
- » La traçabilité des ressources financières dans les CSREF devrait être améliorée

La recherche sur les systèmes de santé doit être développée :

- » La recherche appliquée pour le renforcement du système de santé et l'amélioration de la qualité de services et des soins n'est pas assez soutenue par les universités et institutions de recherches ; le manque de capitalisation des expériences menées est criant

INDICATEURS DU CADRE COMMUN DE SUIVI DU PRODESS II PROLONGÉ 2009-2011

INDICATEURS		2005 RÉALISÉ	2006	2007	2008 PRÉVU	2009	2010	2011
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	Écart maximum régional de la couverture vaccinale DTCP3/ PENTA3 avec la moyenne nationale							
3	Taux d'accouchements assistés	53	55	59		60	63	65
3.1	Écart maximum régional des accouchements assistés avec la moyenne nationale							
4	Taux de couverture en CPN recentrée			35		40	43	46
4.1	Écart 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	Écart maximum régional de la proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole avec la moyenne nationale							
6	Taux d'utilisation de la consultation curative	0,26	0,26	0,29		0,33	0,34	0,34
7	Taux d'incidence du paludisme dans les formations sanitaires	963	1 023	1 292				
8	Taux de prévalence de la tuberculose pulmonaire							
9	Taux de détection de la tuberculose	21%	26%	26%				45
10	% de CSCOM SONUB			28%		32	33	34
11	% de CSRef offrant les SONUC			2%		6	8	9
12	Taux de mortalité intrahospitalière	10,0	10,6	12,4				
13	Proportion des patients admis sur référence/ évacuation	22,0	22,6	22,2				
14	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	44/62	47/55	45/60				
15	Ratio personnel soignant /habitant							
	Médecins/habitant		1/10.370	1/10.389				
	Sages-femmes/habitant		1/23.928	1/23.615				
	Infirmiers/Assistants médicaux / habitant		1/4.190	1/3.365				
15.1	Écart maximum régional Ratio personnel soignant / habitant avec la moyenne nationale							

INDICATEURS		2005 RÉALISÉ	2006	2007	2008 PRÉVU	2009	2010	2011
16	Taux de couverture des besoins minimum en personnel par catégorie au niveau CCom		94,14	96		98	100	100
17	Disponibilité des médicaments du panier			95%		95%	>=95%	>=95%
18	Taux de réalisation de la césarienne		1,89%	2,06%		3%	4%	5%
19	Proportion de nouveau-nées séropositives nées de mères séropositives sous ARV							
20	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV					100%	100%	100%
21	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance					3	3	3
22	Nombre de couples année protection (CAP)			68.487				
22.1	Proportion de couples année protection			2,37%				
23	Proportion de CSRef ayant effectué au moins deux supervisions intégrées dans chaque CCom							
24	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'État alloué à l'achat des médicaments, vaccins et contraceptifs					>=95%	>=95%	>=95%
25	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau							
	CSRef		1058 F	1282 F		<=2000F	<=2000F	<=2000F
	CCom		946 F	1107 F		<=1500	<=1500	<=1500
26	Taux d'exécution budgétaire					>=95%	>=95%	>=95%
27	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT							
28	% ress. récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1							
29	Taux de mortalité maternelle / 100000		464					344
30	Taux mortalité infanto-juvénile / 1000		191					150
31	Taux de mortalité infantile / 1000		96					56
32	Taux de mortalité néonatale / 1000		46					30
33	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans		32%					27%
34	Taux de prévalence du VIH/SIDA		1,3%					1%
35	% d'enfant avec diarrhée recevant le SRO		44,7%					50%

LES POINTS D'EXÉCUTION DES PO EN 2005, 2006 ET 2007

Tableau 2.1
Point d'exécution des PO en 2005 (en millions FCFA)

	PRÉVISION PO 1	MONTANT ALLOUÉ 2	MONTANT JUSTIFIÉ 3	RESTE À JUSTIFIER 4 = (2) - (3)	TAUX MOBILIS. 5 = (2)/(1)*100	TAUX JUSTIF. 6 = (3)/(2)
Régions						
Kayes	2.721,82	2.602,15	2.561,63	40,52	95,60%	98,44%
Koulikoro	3.382,42	3.231,08	2.761,2	469,88	95,53%	85,46%
Sikasso	3.688,38	2.578,79	2.318,42	260,37	69,92%	89,90%
Ségou	2.230,74	2.821,81	2.647,63	174,18	126,50%	93,83%
Mopti	1.969,3	1.818,94	1.526,5	292,44	92,36%	83,92%
Tombouctou	1.343,15	1.253,12	1.055,81	197,31	93,30%	84,25%
Gao	1.152,72	1.203,27	1.105,66	97,61	104,39%	91,89%
Kidal	1.230,1	813,92	559,41	254,51	66,17%	68,73%
D. Bamako	1.803,13	2.238,43	2.061,32	177,11	124,14%	92,09%
Total Régions	19.521,76	18.561,51	16.597,58	19.63,93	95,08%	89,42%
EPH Régionaux						
H. Kayes	664,24	542,92	501,13	41,8	81,74%	92,30%
H. Sikasso	476,1	583,52	551,3	32,22	122,56%	94,48%
H. Ségou	332,2	830,97	812,8	18,17	250,14%	97,81%
H. Mopti	1.647,88	286,4	266,74	19,65	17,38%	93,14%
H. Tombctou	106,03	92,27	82,79	9,48	87,02%	89,73%
H.Gao	232,33	281,87	279,15	2,72	121,32%	99,04%
Total Hôp. Rég.	3.458,78	2.617,95	2.493,91	124,04	75,69%	95,26%
		2.617,95				
Structures centrales et EPH nationaux						
Struct. Centr.	53.133,55	40.926,41	33.082,42	7.844,01	77,03%	80,83%
Hôp. Pt G	2.290,65	3.151,6	3.134,4	17,2	137,59%	99,45%
Hôp. GT	3.169,05	3.147,38	3.140,45	6,93	99,32%	99,78%
Hôp. Kati	1.170,08	1.169,33	1.129,84	39,49	99,94%	96,62%
CNOS	1.265,75	1.262,4	1.179,54	82,85	99,74%	93,44%
IOTA	1.744,28	1.319,34	1.085,48	233,86	75,64%	82,27%
Total Str. centr. + EPH nat.	62.773,36	50.976,46	42.752,13	8.224,34	81,21%	83,87%
GRAND TOTAL	85.753,9	72.155,92	61.843,62	10.312,31	84,14%	85,71%

Source : Présentations de la DAF/MS aux Comités de Suivi des 17 février et 10 octobre 2006

Tableau 2.2
Point d'exécution des PO en 2006 (en millions FCFA)

	PRÉVISION PO	MONTANT REÇU	MONTANT JUSTIFIÉ	RESTE À JUSTIFIER	TAUX MOBILIS.	TAUX JUSTIF.
	1	2	3	4 = (2) - (3)	5 = (2)/(1)*100	6 = (3)/(2)
Régions						
Kayes	4.092,02	3.487,82	3.469,29	18,53	85,23%	99,47%
Koulikoro	3.659,66	2.022,25	1.988,6	33,65	55,26%	98,34%
Sikasso	5.739,22	2.250,44	2.105,01	145,43	39,21%	93,54%
Ségou	2.970,54	2.324,55	2.280,94	43,61	78,25%	98,12%
Mopti	2.085,46	1.474,12	1.419,06	55,06	70,69%	96,26%
Tombouctou	1.810,64	1.166,64	1.165,56	1,08	64,43%	99,91%
Gao	2.413,08	2.178,76	2.160,5	18,26	90,29%	99,16%
Kidal	1.059,16	1.050,12	984,24	65,88	99,15%	93,73%
D. Bamako	2.863,37	2.345,06	2.340,39	4,67	81,90%	99,80%
Total Régions	26.693,15	18.299,76	17.913,59	386,17	68,56%	97,89%
EPH Régionaux						
H. Kayes	592,35	490,98	490,53	0,45	82,89%	99,91%
H. Sikasso	4.354,65	693,25	657,85	35,4	15,92%	94,89%
H. Ségou	786,54	593,15	584,57	8,58	75,41%	98,55%
H. Mopti	419,58	451,75	392,83	58,92	107,67%	86,96%
H. Tombctou	209,49	307,2	307,2	0	146,64%	100,00%
H. Gao	316,63	327,19	308,24	18,95	103,34%	94,21%
Total Hôp. Rég.	6.679,24	2.863,52	2.741,22	122,3	42,87%	95,73%
Structures centrales et EPH nationaux						
Struct. Centr.	52.651,98	48.144,74	46.915,72	1.229,02	91,44%	97,45%
Hôp. Pt G	4.357,34	3.320,43	3.320,42	0,01	76,20%	100,00%
Hôp. GT	3.733,78	4.110,78	4.110,78	0	110,10%	100,00%
Hôp. Kati	1.776,49	1.054,57	802,73	251,84	59,36%	76,12%
CNOS	1.331,61	1.332	1332	0	100,03%	100,00%
IOTA	1.240,64	1.212,19	1.212,19	0	97,71%	100,00%
Total Str. centr. + EPH nat.	65.091,84	59.174,71	57.693,84	1.480,87	90,91%	97,50%
GRAND TOTAL	98.464,23	80.337,99	78.348,65	1.989,34	81,59%	97,52%

Source : PO technique national 2006 Santé et Présentation de la DAF/MS au Comité Technique de mai 2007

Tableau 2.3
Point d'exécution des PO en 2007 (en millions FCFA)

	PRÉVISION PO	MONTANT REÇU	MONTANT JUSTIFIÉ	RESTE À JUSTIFIER	TAUX MOBILIS.	TAUX JUSTIF.
	1	2	3	4 = (2) - (3)	5 = (2)/(1)*100	6 = (3)/(2)
Régions						
Kayes	2.597,32	1.340,59	1.307,56	33,03	51,61%	97,54%
Koulikoro	4.418,42	2.440,27	2.437,27	3	55,23%	99,88%
Sikasso	7.865,42	5.662,55	5.605,32	57,23	71,99%	98,99%
Ségou	2.958,38	2.518,76	2.509,91	8,85	85,14%	99,65%
Mopti	2.656,45	1.840,5	1.504,22	336,28	69,28%	81,73%
Tombouctou	2.229,71	1.438,63	1.436,88	1,75	64,52%	99,88%
Gao	1.766,71	1.335,74	1.209,78	125,96	75,61%	90,57%
Kidal	1.010,62	532,39	389,23	143,16	52,68%	73,11%
D. Bamako	3.721,92	2.619,87	2.511,12	108,75	70,39%	95,85%
Total Régions	29.224,95	19.729,3	18.911,29	818,01	67,51%	95,85%
EPH Régionaux						
H. Kayes	1.273,84	805,91	786,87	19,04	63,27%	97,64%
H. Sikasso	949,49	848,59	808,01	40,58	89,37%	95,22%
H. Ségou	668,85	642,28	642,19	0,09	96,03%	99,99%
H. Mopti	548,91	544,78	544,78	0	99,25%	100,00%
H. Tombctou	376,8	245,44	245,44	0	65,14%	100,00%
H. Gao	536	621,54	575,33	46,21	115,96%	92,57%
Total Hôp. Rég.	4.353,89	3.708,54	3.602,62	105,92	85,18%	97,14%
Structures centrales et EPH nationaux						
Struct. Centr.	51.756,54	60.089,59	59.086,56	1.003,03	116,10%	98,33%
Hôp. Pt G	3.682,99	3.746,1	3.746,1	0	101,71%	100,00%
Hôp. GT	3.917,23	5.140,38	5.140,38	0	131,22%	100,00%
Hôp. Kati	1.301	1.269,75	1.269,75	0	97,60%	100,00%
CNOS	1.449,33	1.462,13	1.461,78	0,35	100,88%	99,98%
IOTA	1.357,5	1.707,48	1.353,49	353,99	125,78%	79,27%
Total Str. centr. + EPH nat.	63.464,59	73.415,43	72.058,06	1.357,37	115,68%	98,15%
GRAND TOTAL	97.043,43	96.853,27	94.571,97	2.281,3	99,80%	97,64%

Source : PO technique national 2007 Santé et Synthèse de la DAF/MS au Comité de Suivi de décembre 2008

COMPARAISON DES INDICATEURS RETENUS POUR LES DIFFÉRENTS APPUIS BUDGÉTAIRES AUX SECTEURS DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Nous présentons ici un panorama des indicateurs retenus pour les différents appuis au secteur de la Santé. Nous distinguons les catégories suivantes :

1. Indicateurs (macro + Santé) du CSCRP 2007-2011 ou du CSLP 2002-2006
2. Indicateurs (Santé-DS) du PRODESS II¹²
3. Indicateurs (Santé-DS) de la matrice de l'ABG (PRSC) de la Banque mondiale
4. Indicateurs (macro + Santé) de l'ABG de l'UE
5. Indicateurs (macro + Santé-DS) de l'ABS (NL, S, Ca)

À noter cependant qu'avec la prolongation du PRODESS II sur la période 2009-2011 et la préparation du Compact/IHP, un cadre commun d'indicateurs a été conçu, qui doit se substituer à ces indicateurs de suivi individuels.

INDICATEURS MACROÉCONOMIQUES / FINANCES PUBLIQUES / GOUVERNANCE¹³

INDICATEUR	CSLP	UE	ABS
Cadre macroéconomique soutenable – Revue FMI	(X)		X
Revue annuelle du CSLP	(X)		X
Revue annuelle du PAGAM GFP	(X)		X
Taux de réalisation des recettes budgétaires	(X)	X	

12 | La Composante Santé du PRODESS II définit les indicateurs de suivi comme suit : 8 indicateurs d'impact et des indicateurs de résultats pour chacun des 7 Volets (4 indicateurs pour le Volet 1, 6 pour le Volet 2, 7 pour le volet 3, 20 pour le Volet 4, 5 pour le Volet 5, 13 pour le Volet 6 et 10 pour le Volet 7), soit un total de $8 + 65 = 73$ indicateurs. Nous ne relevons ici que ceux qui sont utilisés comme conditionnalités / déclencheurs par les PTF. Pour ce qui concerne la Composante Développement social, le Système d'Information sociale (SISO) est moins bien avancé. Le PRODESS (DS) rappelle les indicateurs de suivi évaluation du CSLP concernant le Développement social (concernant l'axe préalable 1 : croissance accélérée et redistributive ; l'axe 1 : assurer le développement institutionnel, l'amélioration de la gouvernance et la participation ; l'axe 2 : développement humain durable et renforcement de l'accès aux services de base ; plus un panel d'indicateurs pour cerner l'état de pauvreté). Le SISO définit 24 indicateurs de suivi du programme de développement social et les supports de collecte (au niveau des communes et des cercles).

13 | Tableau non exhaustif, en particulier pour ce qui concerne la matrice du PRSC de la Banque mondiale.

INDICATEURS SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

INDICATEUR	CSLP	PRODESS	BM	UE	ABS	RÉSULTAT (ANNÉE)
INDICATEURS BUDGÉTAIRES						
Part du budget récurrent de la Santé dans le budget récurrent de l'État	CSLP	7.2	X	X	X	11,09 (2009)
Part du budget récurrent du Développement Social dans le budget récurrent de l'État		(X)	X		X	5,31 (2009)
Budget de l'année N+1 (MS + MDSSPA) conforme au CDMT et qui démontre l'additionnalité des ABS		(7.3)			X	
Répartition intrasectorielle du budget N+1 (MS + MDSSPA) conforme au CDMT		(7.3)			X	
Répartition intrasectorielle N+1 conforme au CDMT (structures centrales, régionales)					X	
Plan opérationnel N+1 (MS + MDSSPA) validé		X			X	
Audit favorable du PRODESS II pour l'année N-1		X			X	
Rapports annuels techniques et financiers disponibles de la mise en œuvre du PRODESS II		X			X	
Taux d'exécution du budget récurrent de la Santé		(7.1)		X	X	95,28% (2007)
Taux d'exécution du budget récurrent du DS		(X)			X	99,32% (2007)
Taux d'exécution du budget ordinaire alloué à l'achat de médicaments et de vaccins		3.5		X		
Ressources du MS transférées aux collectivités territoriales [†]	(X)				X	
Ressources du MS transférées aux services déconcentrés*	(X)		X		X	54% (2007)
Ressources du MDSSPA transférées aux collectivités territoriales*	(X)	(PRODESS DS)			X	
Ressources du MDSSPA transférées aux services déconcentrés*	(X)	(PRODESS DS)	X		X	88,29% (2007)

[†] La définition de cet indicateur varie légèrement entre la matrice PRSC et le protocole ABS (« Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux collectivités territoriales / aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N+1 »).

INDICATEUR	CSLP	PRODESS	BM	UE	ABS	RÉSULTAT 2007
INDICATEURS DE PERFORMANCE SANTÉ						
Population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé fonctionnel	CSLP CSCR	1.1		X	X	53%
Taux de couverture des besoins des CSCOM en personnel minimum requis		2.4			X	96%
Taux de couverture vaccinale DTCP3 (enfants < 1 an)	CSLP CSCR	4.3		X	X	94%
Taux de couverture CPN	CSLP CSCR	4.5		X	X	85%
Nombre moyen de consultations prénatales par femme enceinte	CSCR	4.7		X		
Taux d'accouchements assistés	CSLP CSCR	4.2	X	X	X	59%
Nombre de Couples-Année protection		4.15	X		X	68.487
Taux de mortalité des enfants < 5 ans	CSLP CSCR	3				
Enfants < 5 ans présentant une insuffisance pondérale	CSLP CSCR	1				
Taux de mortalité maternelle	CSLP CSCR	2				
Taux de prévalence VIH/SIDA chez les femmes enceintes 15-24 ans	(CSLP) CSCR	8				
Contrats de performance signés avec les hôpitaux			X			

INDICATEURS DE PERFORMANCE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Satisfaction en besoins d'appareillage		SISO2			X	40%
Population couverte par des mutuelles de santé	CSCR (S.4)	SISO12	X		X	1,9%
ASACO fonctionnelles		(7.6)			X	77,66%
Prise en charge médicale des personnes démunies		(SISO11)			X	36,65%

Sources : • 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

• Documentation fournie pour les Comités de suivi de l'ABS du 19 juin 2008 et du 15 janvier 2009

• (Footnotes)

Tableau 6.1
Situation des établissements publics et communautaires de soins (fin 2007)

RÉGIONS	NOMBRE ET TYPES D'ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET COMMUNAUTAIRES DE SOINS FONCTIONNELS			
	CSCOM	CSREF	HÔPITAL	TOTAL
Kayes	141	7	1	149
Koulikoro	116	9	0	125
Sikasso	153	8	1	162
Ségou	145	8	1	154
Mopti	112	8	1	121
Tombouctou	51	5	1	57
Gao	49	4	1	54
Kidal	7	4	0	11
District Bamako	52	6	6	64
Total	826	59	12	897

Source : Annuaire SLIS 2007 ; Annuaire statistique des hôpitaux 2007

Tableau 6.2
Effectifs du personnel par statut (avril 2008)

CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. RES. PR.	ASACO	COL-LECTI-VITE	INPS	ASSIS-TANCE TECH-NIQUE	TOTAL
	FONCT.	CONTR.1	ARMÉE	PPTE						
Professeurs agrégés	44	1	3	0	0	0	0	0	0	48
Méd. et Pharm. spécialistes	369	7	18	0	7	0	0	0	64	465
Méd. et Pharm.s Généralistes	407	10	8	160	35	25	0	0	57	702
Ingénieurs	69	1	0	1	6	0	0	0	1	78
ADMINISTRATION	624	90	0	55	235	286	48	0	13	1351
Assistants médicaux	518	7	11	5	4	0	1	1	6	553
Techniciens de santé	754	11	2	979	77	24	16	9	21	1893
Agent Technique de santé	224	11	1	48	16	30	9	17	0	356
Auxiliaires de santé	0	642	0	8	176	863	618	32	27	2366
Personnel de maintenance	20	18	1	0	14	0	0	0	0	53
Personnel d'appui	0	625	0	11	491	116	111	0	39	1393
Total Général	4220	1429	61	1503	1083	1363	808	84	240	10791

Source : Annuaire SLIS 2007 ; Ministère de la Santé, Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé, 2009

Tableau 6.3
Ratios du personnel de santé (avril 2008)

RÉGION	POPULATION TOTALE 2008	TYPE DE PERSONNEL	EFFECTIF PERS.	RATIO = 1 POUR
Kayes	1.724.083	Médecins	91	18.946
		Sages-femmes	34	50.708
		Infirmiers/Assistants méd.	355	4.857
Koulikoro	2.019.727	Médecins	86	23.485
		Sages-femmes	52	38.841
		Infirmiers/Assistants méd.	346	5.837
Sikasso	2.352.057	Médecins	119	19.765
		Sages-femmes	38	61.896
		Infirmiers/Assistants méd.	554	4.246
Ségou	2.096.830	Médecins	111	18.890
		Sages-femmes	55	38.124
		Infirmiers/Assistants méd.	494	4.245
Mopti	1.688.507	Médecins	68	24.831
		Sages-femmes	33	51.167
		Infirmiers/Assistants méd.	271	6.231
Tombouctou	594.790	Médecins	27	22.029
		Sages-femmes	9	66.088
		Infirmiers/Assistants méd.	134	4.439
Gao	451.351	Médecins	29	15.564
		Sages-femmes	18	25.075
		Infirmiers/Assistants méd.	222	2.033
Kidal	53.329	Médecins	9	5.925
		Sages-femmes	2	26.665
		Infirmiers/Assistants méd.	48	1.111
District Bamako	1.642.365	Médecins	140	11.731
		Sages-femmes	275	5.972
		Infirmiers/Assistants méd.	509	3.227
RATIO MOYEN DES REGIONS	12.623.039	Médecins	680	18.563
		Sages-femmes	516	24.463
		Infirmiers/Assistants méd.	2.933	4.304
TOTAL MALI	12.623.039	Médecins	1.215	10.389
		Sages-femmes	584	21.615
		Infirmiers/Assistants méd	3.751	3.365

Source : Ministère de la Santé, Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé, 2009

Tableau 6.5
Effectifs du personnel par structure et par spécialité (février 2007)

	CORPS / SPECIALITES																	STRUCTURES				
	KAYES	KKORO	SKSSO	SÉGOU	MOPTI	TBTOU	GAO	KIDAL	TOTAL REGIONS	D.BKO	TOTAL REG + D. BKO	H. KATI	H. PT G	H. GT	IOTA	CNOS	TOTAL EPH 3E REF.		NIV. CENTRAL + CENTRES RECH.	TOTAL		
Professeurs agrégés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	28	6	1	1	36	14	51
Méd. et Pharm. spécialistes	17	14	51	25	15	8	9	2	141	38	179	13	42	60	11	17	143	126	448			
Médecins Généralistes	67	62	68	84	45	27	18	6	377	98	475	4	21	19	1	0	45	66	586			
Pharmaciens Généralistes	4	3	9	4	4	2	3	1	30	3	33	0	3	3	1	0	7	31	71			
Ingénieurs	0	1	3	2	1	1	1	0	9	11	20	1	3	3	1	0	8	37	65			
ADMINISTRATION	135	62	228	216	124	32	29	18	844	57	901	28	56	56	26	16	182	346	1.429			
Catégorie A	1	2	0	19	5	1	0	0	28	2	30	5	9	5	8	4	31	80	141			
Catégorie B2	5	3	33	55	7	15	13	11	142	21	163	4	11	17	5	0	37	92	292			
Catégorie B1	23	11	18	9	8	3	2	0	74	16	90	9	21	23	6	6	65	100	255			
Catégorie C	106	46	177	133	104	13	14	7	600	18	618	10	15	11	7	6	49	74	741			
Assistants médicaux	22	24	52	27	29	10	10	2	176	72	248	13	52	54	31	25	175	85	508			
Techniciens Sup. de santé	90	105	138	147	103	40	47	13	683	332	1.015	14	65	86	1	15	181	89	1.285			
Techniciens de santé	42	178	348	332	118	72	195	32	1.317	201	1.518	24	42	103	0	6	175	26	1.719			
Agent Technique de santé	13	12	40	8	24	5	11	0	113	24	137	4	27	25	0	0	56	4	197			
Auxiliaires de santé	301	352	446	430	304	32	36	9	1.910	290	2.200	11	43	41	1	23	119	25	2.344			
Personnel de maintenance	1	2	0	1	0	1	3	0	8	0	8	2	17	6	2	0	27	15	50			
Personnel d'appui	96	76	115	137	58	41	72	16	611	98	709	21	137	91	18	34	301	215	1.225			
Total Général	788	891	1.498	1.413	825	271	434	99	6.219	1.225	7.444	135	536	553	94	137	1.455	1.079	9.978			

Source : Ministère de la Santé, DAF/CDRH

Tableau 6.4
Effectifs du personnel par catégorie (février 2007)

CATÉGORIES	EFFECTIF TOTAL	POURCENTAGE
Catégorie A	1.870	18,74
Catégorie B2	1.577	15,80
Catégorie B1	1.974	19,78
Catégorie C	938	9,40
Autres	3.619	36,27
Total	9.978	100

Source : Ministère de la Santé, DAF/CDRH

Tableau 6.6
Nombre d'agents dans les CSCOM par statut et par région (2006)

RÉGIONS	ASACO	PPTE	ETAT	COLLEC- TIVITÉS	BÉNÉ- VOLE	AUTRES	TOTAL	%	NBRE CSCOM	AGENT/ CSCOM
Bamako	390	119	62	5	116	5	697	19,26%	54	12,9
Kayes	247	50	33	34	9	24	397	10,97%	99	4,0
Koulikoro	310	73	42	39	6	19	489	13,51%	116	4,2
Sikasso	399	99	43	88	24	22	675	18,65%	121	5,6
Ségou	248	116	75	143	8	60	650	17,96%	137	4,7
Mopti	159	39	80	114	13	61	466	12,88%	118	3,9
Tombouctou	64	17	21	14	1	2	119	3,29%	38	3,1
Gao	29	38	17	3	2	0	89	2,46%	43	2,1
Kidal	11	8	9	0	4	5	37	1,02%	12	3,1
Total	1.857	559	382	439	178	198	3.619	100,00%	734	4,9
%	51,31%	15,45%	10,56%	12,16%	5,06%	5,47%	100,00%			

Source : CPS – Recensement des CSCOM dans le cadre de l'étude sur les coûts induits

Tableau 6.7
Situation du personnel qualifié dans les CSCOM par région (2006)

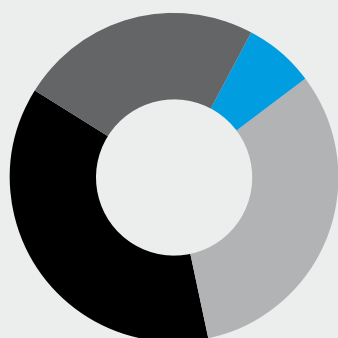
RÉGIONS	KAYES	KKORO	SIKASSO	SEGOU	MOPTI	TBOUCTOU	GAO	KIDAL	BKO	TOTAL
Médecins	16	32	13	4	6	1	0	0	75	147
Assistants médicaux	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sages femmes	3	14	5	10	4	0	1	0	93	130
Infirmiers d'État	30	34	27	29	32	18	5	4	34	213
Techniciens de laboratoire	0	4	2	1	1	1	0	0	24	33
Infirmiers de 1er Cycle	47	63	95	113	53	12	44	7	41	475
Infirmières Obstétriciennes	2	17	19	17	7	2	5	3	44	116
Secrétaires	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4
Techniciens de l'action sociale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	99	166	162	174	104	34	55	14	312	1.120
% par région	8,84%	14,82%	14,46%	15,54%	9,29%	3,04%	4,91%	1,25%	27,86%	100%

Source : CPS – Recensement des CSCOM dans le cadre de l'étude sur les coûts induits

Figure 7.1

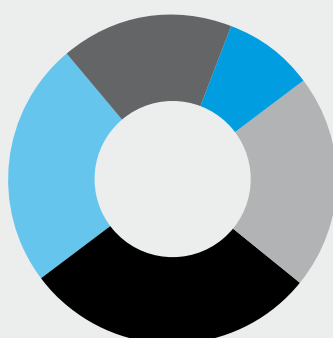
Mali : où les pauvres amènent-ils leur enfant malade ?

SOURCE DE SOINS CHEZ LES 20% LES PLUS PAUVRES – 1995-96



PUBLIC	24%
AUTRE	7%
GUERISSEUR TRADITIONNEL	32%
PRIVÉ	37%

SOURCE DE SOINS CHEZ LES 20% LES PLUS PAUVRES – 2006



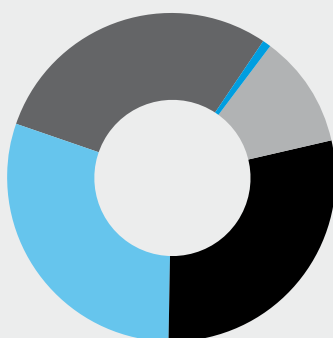
PUBLIC	17%
AUTRE	9%
GUERISSEUR TRADITIONNEL	21%
PRIVÉ	29%
COMMUNAUTAIRE	24%

Source : EDS 1996 et EDS 2006

Figure 7.2

Mali : où les riches amènent-ils leur enfant malade ?

SOURCE DE SOINS CHEZ LES 20% LES PLUS RICHES – 2006



PUBLIC	29%
AUTRE	1%
GUERISSEUR TRADITIONNEL	11%
PRIVÉ	29%
COMMUNAUTAIRE	30%

Source : EDS 2006

LES PPP POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE ET DU PLAN STRATÉGIQUES NATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ – 2008 – 12

ANALYSE DE LA SITUATION

Le document de Politique nationale de développement des ressources humaines pour la Santé admet que « le secteur privé est depuis quelques années en pleine explosion 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. »

Concernant les écoles de formation initiale pour les professions paramédicales, il existe six écoles publiques et trente écoles privées. Les six écoles publiques sont regroupées depuis 2004 sous l'Institut national de formation en sciences de la Santé (INFSS). L'accès aux établissements publics se fait soit par voie de concours, soit par recrutement direct sur dossier. Au niveau des écoles privées, il se fait sur dossier. Les formations des paramédicaux, qui durent deux ou trois ans selon le cycle, sont sanctionnées par un diplôme d'État suite à l'organisation d'un examen national.

Faiblesses :

L'un des problèmes identifiés est que « la disposition de l'article 17 de la loi 94-032 déterminant le statut de l'enseignement privé au Mali permet la possibilité de décerner des diplômes reconnus ou non par l'État », et ceci est source de grande confusion.

Un second problème est qu'« il y a peu de contrôle et de régulation de l'offre de formation des structures privées (voire une anarchie dans l'installation des écoles) : le ministère de la Santé n'est en effet pas convenable-

ment impliqué dans la création des écoles privées de formation en sciences de la santé, alors qu'il est chargé du suivi, du contrôle et de l'accréditation de la qualité de l'enseignement et de l'encadrement ». La prolifération des écoles privées est liée à la pratique du « guichet unique » ; en effet, leurs autorisations de création (agrément) et d'ouverture (licences d'exploitation) sont délivrées par le seul ministre de l'Éducation, ministère de tutelle (décret 94-276).

En outre, le ministère de la Santé admet disposer de peu d'information sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur privé. Ce qui entraîne, en partie, un suivi insuffisant des écoles privées. Finalement, « l'insuffisance qualitative (du personnel) s'explique en partie par l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé, l'insuffisance de matériel didactique, de formation pédagogique des enseignants et des encadreurs de terrain, le recrutement tous azimuts au niveau des écoles privées, la non-adaptation des curriculum aux besoins de l'emploi et l'insuffisance de la planification des besoins de spécialisation du personnel ».

Deux forces ont également été identifiées :

- Les textes de réglementation de l'offre privée de formation sont en cours d'élaboration ;
- Au moins trente écoles privées de formation en santé existent à travers le pays (dont la moitié est implantée dans les Régions).

OBJECTIFS ET STRATÉGIES DU PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES, CONCERNANT LE SECTEUR PRIVÉ

1. Renforcer la capacité de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté ; à cette fin, il est spécifiquement prévu :
 - » d'augmenter les capacités des écoles privées de formation paramédicale de Koulikoro, Ségou, Gao, Tombouctou et Kidal ; en outre, les salles de travaux pratiques, les laboratoires et les bibliothèques y seront équipés ;
 - » d'améliorer la qualité de la formation dans ces 5 écoles ;
 - » d'aider les instituts universitaires privés de formation médicale ;
2. Développer un système d'information et de gestion des ressources humaines (SIGRH) prenant en compte les secteurs communautaires et privés ;
3. Renforcer les compétences des acteurs de la décentralisation à tous les niveaux : application du décret 02-314 du 4 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales en matière de santé, notamment le recrutement des ressources humaines ;
4. Renforcer la formation continue et les spécialisations en s'assurant de la mise à niveau de certains prestataires privés qui seraient chargés de délivrer des services publics ;
5. Afin de contribuer à l'objectif de « Rendre disponible le personnel de santé en qualité et en nombre suffisant au sein des établissements sanitaires à tous les niveaux du système » :
 - » Lorsque cela s'avèrera nécessaire, les ressources humaines du secteur privé seront exploitées pour améliorer l'offre de services publics ;
 - » Les écoles privées de formation paramédicale produiront des ressources humaines en quantité et leur qualité sera supervisée et évaluée ;
 - » Le secteur privé sera aussi encouragé à recruter le personnel médical selon les normes du plateau technique.

La Politique nationale envisage la possibilité de donner « des primes de performance à allouer dans certains cas, surtout dans le secteur privé ».

POSSIBILITÉS DE PPP POUR METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE ET LES STRATÉGIES (SELON LES AUTEURS) :

Pour améliorer les infrastructures, la bibliothèque ainsi que la qualité de la formation dans les écoles privées de formation paramédicale :

- Élaborer un cahier des charges indiquant les normes désirées ;
- Contacter la Banque ouest-africaine (BOA) pour des prêts éventuels aux écoles ;
- Élaborer un contrat-type entre le MS et une école privée une fois que celle-ci est aux normes, contenant en particulier :

- » la liste des abonnements pour des journaux techniques par Internet et le montant du « *matching grant* » annuel qui serait fourni par le gouvernement ;
- » le montant de la subvention à accorder à l'école pour chaque élève qui aura terminé ses études et réussi le concours de fin d'études (lequel reste à être mis en place).

Mettre en place un système d'accréditation avec contrôles annuels, ceci pour permettre à la population de pouvoir discerner les meilleures écoles.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BP 232

KOULOUBA-BAMAKO

T + (223) 20 23 42 66

F + (223) 20 23 02 03

INFO@SANTE.GOV.ML

WWW.SANTE.GOV.ML

CTB MALI

RUE 25, PORTE 251

BADALABOUGOU EST

BP E-4804

BAMAKO

T + (223) 20 23 96 42

F + (223) 20 23 67 27

REPRESENTATION@CTBMALI.ORG

WWW.BTCCTB.ORG