



République du Mali

Ministère de la Santé



Banque Mondiale

**ENQUETE SUR LE SYSTEME DE SUIVI DES
DEPENSES PUBLIQUES JUSQU'A DESTINATION
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU MALI**

RAPPORT FINAL

Le Consultant

Oumar BAH

BP : 3090, Conakry, Rép. Guinée

E-mail : oumarbah@hotmail.com ou barouwel@yahoo.fr

Juillet 2007

TABLE DES MATIERES

	Page
LISTES DES GRAPHIQUES ET SCHEMAS.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	6
RESUME ANALYTIQUE	9
I INTRODUCTION.....	15
II RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE.....	15
III METHODOLOGIE DE LA MISSION.....	17
IV PROCESSUS DE LA DEPENSE PUBLIQUE.....	18
IV.1 PLANIFICATION	18
IV.2 EXECUTION DE LA DEPENSE PUBLIQUE.....	19
IV.2.1 Mise en place des crédits budgétaires	19
IV.2.2 Budget National 2005 du Ministère de la Santé	20
IV.2.3 Procédure d'exécution des dépenses publiques.....	22
V ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET INSTITUTIONS	25
V.1 LES LIGNES BUDGETAIRES	25
V.2 ECHANTILLONAGE.....	26
V.3 LIMITES DE L'ENQUETE.....	27
V.4 PREPARATION DE L'ENQUETE	28
V.5 PROBLEMES DANS LA COLLECTE DES DONNEES	29
VI RESULTATS DE L'ENQUETE.....	30
VI.1 LE SUIVI FINANCIER.....	30
VI.1.1 Procédure des engagements et délégations de crédits au niveau déconcentré.....	30
VI.1.1.1 Suivi des délégations de crédit au niveau déconcentré.....	30
VI.1.1.2 Engagements suivis par l'enquête	33
VI.1.1.2.1 Caractéristiques des engagements suivis	33
VI.1.1.2.2 Engagement des dépenses « non centre de santé ».....	36
VI.1.1.2.3 Rythme d'engagement de l'ensemble des dépenses observées	37
VI.1.2 Procédure de visa des engagements, liquidation et ordonnancement	39
VI.1.2.1 Visa des engagements par le Contrôle financier.....	39
VI.1.2.2 Liquidation, ordonnancement, et mandatement.....	41
VI.1.2.3 Mandatement et paiement	43
VI.2 LE SUIVI MATERIEL.....	44
VI.2.1 Achat et distribution de moustiquaires.....	44
VI.2.2 Achat et vente de médicaments.....	47
VI.2.3 Matériel et équipement médical	47

VI.2.4	RACS et césarienne.....	49
VI.2.5	Frais de fonctionnement des Centres de Santé.....	49
VI.2.6	Salaires des médecins contractuels.....	49
VII	ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	51
VII.1	PLANIFICATION	51
VII.2	MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	52
VII.3	MISE EN PLACE DES CREDITS BUDGETAIRES	53
VII.4	PROCEDURE D'EXECUTION DE LA DEPENSE PUBLIQUE	54
VII.5	ARRIVEE ET UTILISATION DE LA DEPENSE DE SANTE DANS LES CENTRES DE SANTE (CSCOM ET CSREF).....	54
	<u>TABLE DES ANNEXES</u>	57

LISTES DES GRAPHIQUES ET SCHEMAS

Graphique 1: Budget Santé 2005	22
Graphique 2: Les délégations de crédit par montants dans nos régions	31
Graphique 3: Les délégations de crédit par nature aux régions	32
Graphique 4: Régions - montants délégués par trimestre	33
Graphique 5 : Fréquences des cas observés par U F.....	34
Graphique 6: Répartition par montants	35
Graphique 7: Ventilation des observations par nature de dépense	36
Graphique 8: Engagement des dépenses "non centres de santé"	37
Graphique 9: Répartition des observations par date d'engagement	38
Graphique 10: Fréquence des cas par trimestre	38
Graphique 11: Délai de visa au niveau central	40
Graphique 12: Délai moyen de visa, les régions incluses.....	40
Graphique 13: Durée moyenne de la procédure au niveau central	41
Graphique 14: Durée moyenne de la procédure avec les régions	42

LISTE DES SCHEMAS

	Page
Schéma 1: Processus d'acheminement de la dépense publique	24
Schéma 2 : Chemin de la dépense vers les CSCOM et CSRéf.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: DAF, BND, DPM en 2005.....	20
Tableau 2: Hôpitaux régionaux en 2005.....	20
Tableau 3: Cabinet et Divers en 2005.....	20
Tableau 4: BSIE sur PPTE en 2005.....	21
Tableau 5: PRODESS et financements extérieurs.....	21
Tableau 6: Résumé du BND 2005.....	21
Tableau 7: Processus de la dépense publique (suivant manuel d'exécution des dépenses de l'Etat).....	23
Tableau 8: Comptes économiques des TDR.....	25
Tableau 9: Lignes budgétaires au niveau central.....	25
Tableau 10: Echantillon des Centres de Santé.....	27
Tableau 11: Délégations en net de crédit aux régions par U F.....	31
Tableau 12: Dépenses sur délégation dans nos régions.....	32
Tableau 13: Notifications des délégations aux régions.....	32
Tableau 14: Engagements suivis par CE, UF.....	33
Tableau 15: Cas observés par l'enquête.....	34
Tableau 16: Répartition des observations par nature de dépense ajouter une colonne avec le % du budget total.....	35
Tableau 17: Dépenses "non centres de santé".....	36
Tableau 18: Rythme global des engagements.....	37
Tableau 19 : Délai de visa au niveau central.....	39
Tableau 20 : Délai moyen de visa y inclus le niveau déconcentré.....	41
Tableau 21: Durée moyenne de la procédure au niveau central.....	42
Tableau 22: Durée moyenne de la procédure avec les régions.....	42
Tableau 23: Niveau central - Délais de traitement des mandats au Trésor.....	43
Tableau 24: Liste de distribution de MII dans la région de Sikasso.....	46
Tableau 25: Forces et faiblesses du système.....	54
Tableau 26: Crédits nets délégués dans nos régions par rubrique, CE et UF.....	68
Tableau 27: Récapitulation des observations par rubrique. CE (Titre-article) et UF.....	71
Tableau 28: Engagements suivis susceptibles de toucher les Centres de Santé par rubrique. CE et UF.....	74

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACCT	Agent Comptable Central du Trésor
ARV	Anti Rétro Viraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
BA	Bon d'Achat
BID	Banque Islamique de Développement
BND	Budget National de Développement
BSIE	Budget Spécial d'Investissement et d'Equipement
CADIS	Cabinet d'Assistance pour le Développement Intégré au Sahel
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CE	Compte Economique
CEDREF	Centre d'Etudes de Documentation, de Recherche et de Formation
CENAM	Centre National de Lutte contre la Maladie
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
CNOS	Centre National de l'Observatoire de la Santé
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du
CS	Centre de Santé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DAF	Direction Administrative et Financière
DGMP	Direction Générale des Marchés Publics
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRB	Direction Régionale du Budget
DRS	Direction Régionale de la Santé
ESDD	Enquête de Suivi des Dépenses à Destination
ESS	Ecole Secondaire de Santé

FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
FINEX	Financement Extérieur
FCFA	Franc de la Communauté Francophone d'Afrique
IOTA	Institut Ophtalmologique Tropical Africain
LFI	Loi de Finances Initiale
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MII	Moustiquaires Imprégnées
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millenium de Développement
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PGT	Payeur Général du Trésor
PKC	Projet CARE Kénéya Ciwara
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PO	Programmation Opérationnelle Annuelle
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRDSS	Plan Régional de Développement Sanitaire et Social
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSI	Population Service International
RAC	Système de Radio Communication
TDR	Termes de Référence
TPR	Trésorier Payeur Régional
UF	Unité Fonctionnelle
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	Virus Immuno Humain Sida

REMERCIEMENTS

Cette étude (ESDD Santé) au Mali a été initiée par la Banque Mondiale et les Ministères de la Santé et des Finances. Elle a bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale.

Elle a aussi bénéficié de l'implication personnelle et inestimable de Monsieur Alassane DIAWARA, Manager Office Country de la Banque Mondiale au Mali, de Monsieur Daba DIAWARA, Secrétaire Général du Ministère de la Santé, de Monsieur Sambou WAGUE Secrétaire Général du Ministère de l'Economie et des Finances et de Monsieur Abdoulaye Touré, Directeur National du Budget. Qu'ils en soient vivement remerciés car sans leurs apports cette importante ESDD secteur santé au Mali n'avait aucune chance d'être menée à bonne fin.

Notre gratitude va également à Madame Tonia MAREK, Spécialiste Principale en Santé Publique du Mali à la Banque Mondiale pour sa contribution déterminante à toutes les étapes de la réalisation de cette enquête, de même qu'à toute l'équipe de la Mission Résidente de la Banque Mondiale pour l'appui dont nous avons bénéficié durant nos travaux.

Nous tenons à remercier Monsieur Le Directeur Administratif et Financier du Ministère de la Santé dont les remarques et observations suite à la lecture du rapport provisoire ont permis d'enrichir le rapport final.

A toute l'équipe de la DAF, à tout le personnel des services techniques d'appui (CPS, Cabinet...), aux directions nationales et régionales du Ministère de la santé, et à tout le personnel des structures de soins (CSRéf et CSCOM) qui ont par leur collaboration contribué aux efforts de collecte des données sur le terrain, nous exprimons tous nos remerciements.

Enfin, nous n'oublions pas tous les jeunes diplômés sans emplois (enquêteurs) qui ont pu réaliser l'enquête sur le terrain, que nous associons à ces remerciements et que nous encourageons pour les efforts fournis et la qualité du travail accompli.

RESUME ANALYTIQUE

La présente Enquête sur le Suivi des Dépenses à Destination porte sur une partie du financement intérieur y compris les fonds PPTE du budget d'Etat alloué au Ministère de la Santé du Mali en 2005.

Conformément aux termes de référence (TDR) un suivi pas à pas a été effectué du niveau central jusqu'au niveau centre de santé, et du centre de santé jusqu'aux utilisateurs en conduisant un sondage de l'utilisation des ressources reçues par les CSCOM et les CSRéf (à l'exclusion toutes fois des régions de Ségou et des communes de Bamako non retenues par les TDR, et des régions de Kidal et de Gao au vu des événements dans le nord du Mali au moment de l'enquête).

L'enquête s'est déroulée sur le terrain entre le 8 et le 20 juin 2006 dans les régions ci-après :

- Kayes (CSRéf Kéniéba et les CSCOM de Sitakily, Tinkaré, Hamdallaye)
- Mopti (CSCOM de Kouakourou et de Mougna)
- Sikasso (CSRéf de Sélingué et les CSCOM de Koutiala et de Ménakolondiéba)
- Tombouctou (CSRéf de Diré)
- Koulikoro (CSCOM de Banamba et de Kangaba).

Les rubriques de dépenses ciblées par les TDR sont :

1. Achat et distribution de moustiquaires
2. Achat et vente de médicaments
3. Matériel médical
4. Paiement des médecins contractuels dans les CSCOM
5. Frais d'opération des structures sanitaires

Le profil de la dépense publique dans le secteur de la santé a été d'un intérêt particulier dans la perspective de la préparation de l'enquête et de l'analyse de l'utilisation finale des ressources. En 2005 à peine 36% du Budget National de la Santé pouvait, au vu des régions ciblées, concerner l'enquête soit 15 milliards FCFA sur 42 milliards FCFA. Ce pourcentage concerne toutes les rubriques de dépenses possibles de santé, or l'enquête ne s'intéressera qu'aux rubriques de dépenses ciblées par les TDR.

L'enquête s'est également intéressée aux ressources PPTE déléguées dans les régions et ayant servi à payer les Contractuels, les Racs et les coûts des césariennes, et les campagnes médicales.

Résultats de l'enquête

L'enquête a touché les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, Sikasso et Tombouctou, et elle a produit les résultats et observations ci-après :

1. Au niveau déconcentré, les régions enquêtées ont reçu au titre des rubriques des TDR, des ressources déléguées par le niveau central pour un montant total de 1.118.968.407 FCFA se répartissant en :

Contractuels	607.270.807
RACS et Césarienne	71.700.000
Campagnes	229.828.600
Subvention aux Hôpitaux régionaux	195.319.000
Autres (ESS et autres)	14.850.000
Total	1.118.968.407

Sur ce montant il a fallu annuler 79.683.821 FCFA pour non utilisation au 31 Décembre 2005; donc le montant net des ressources déléguées faisant l'objet de suivi pas à pas au titre de cette catégorie de crédits budgétaires est de 1.039.284.586 FCFA.

En examinant, en termes de montants, le rythme auquel ces délégations ont été notifiées aux régions, le taux observé est:

- 35% pour le premier trimestre,
- 28% pour le second trimestre,
- 32% pour le troisième trimestre,
- 5% pour le dernier trimestre de l'année (net des annulations)

Ce rythme de délégation devrait être plus rapide pour éviter de constituer un goulot d'étranglement.

2. Des lignes budgétaires identifiées au niveau central au vu des rubriques des TDR ont été regroupées avec certaines de lignes budgétaires ci-dessus (contractuels, racs et césarienne, campagnes) déléguées aux régions pour former la base d'observation par unité fonctionnelle/code économique (DNS, DPM, DAF, PPTE) ci-après pour l'enquête sur le terrain:

Unité Fonctionnelle	Montants FCFA	% Nombre de cas	% des Montants
3-0-0-0181-000-0030 / PPTE	1.853.182.312	23.2%	31.52%
3-2-0-0121-000-0140 / DAF	1.661.762.522	43.9%	28.26%
6-2-0-0071-100-0001 / DPM	1.813.602.736	6.1%	30.84%
6-2-0-0074-000-0010 / DNS	551.342.700	26.8%	9.38%
Total	5.879.890.270	100.0%	100.00%

Le suivi pas à pas de ces lignes budgétaires a permis de catégoriser les dépenses par rubrique en fonction des TDR, et de classer les dépenses autres que les rubriques pouvant intéresser les CSCOM et CSRéf en une rubrique conventionnellement intitulée « non centres de santé » (voir Annexe 2):

Classification des engagements	Montant engagé en FCFA	% des 82 cas	% Montant Total
Médicaments	1.959.345.228	8.5%	33.3%
Matériel et équipement	586.257.606	17.1%	10.0%
Moustiquaires	194.010.000	4.9%	3.3%
Contractuels	444.469.659	23.2%	7.6%
RACS et césarienne	310.097.901	11.0%	5.3%
Campagnes	69.905.422	7.3%	1.2%
Non Centre de Santé	2.315.804.454	28.0%	39.4%
Montant Total	5.879.890.270	100.0%	100.0%

De ces lignes budgétaires donc la rubrique avec le plus gros montant relatif, à savoir 39,4%, concerne des dépenses (voir Annexe 2) non prévues pour les CSCOM et CSRéf. Elles seront écartées de la suite du suivi et donc du total enquêté au-delà de la phase engagements.

3. L'enquête s'est intéressée au rythme d'engagement des 5.879.890.270 FCFA de dépenses.
 - Pour la rubrique « non centres de santé », 58% des montants sont engagés au cours du deuxième trimestre pour un taux de 3% au premier trimestre.
 - Au niveau de l'ensemble de toutes les rubriques par contre, le rythme est plus équilibré : 25,6% des montants sont engagés le premier trimestre, 34,8% le deuxième trimestre, 22,8% le troisième trimestre, et 16,9% le dernier trimestre. En accroissant le taux du troisième trimestre pour atteindre les 58% de la rubrique « non centres de santé », les chances d'arriver à destination de la dépense publique de santé seraient grandement améliorées.
4. Le suivi du flux financier a continué en écartant les dépenses « non centres de santé ».
 - Le visa du contrôle financier sur les engagements a été obtenu en moyenne à un peu plus de 9 jours après la signature de l'ordonnateur pour le niveau central. En intégrant les engagements des régions, ce délai baisse à environ 5 jours.

Il existe donc ici aussi une marge de manœuvre pour améliorer les procédures d'exécution de la dépense publique de santé.

- La fin de la procédure de liquidation, ordonnancement et mandatement intervient en moyenne à un peu plus de 53 jours après la signature de l'ordonnateur sur les engagements pour le niveau central. En intégrant les engagements des régions, ce délai baisse à environ un peu plus de 27 jours. Il est donc possible d'accélérer la procédure.
 - Le tableau des données du Trésor sur les mandats de paiement au niveau central du Ministère de la Santé en 2005 obtenu en fin février 2007, a permis de constater que dans l'ensemble le délai moyen entre la date de visa du Contrôle Financier sur le mandat et la date de paiement du mandat au bénéficiaire a été de 32 jours au Trésor pour l'année 2005 dont 7 jours pour la prise en charge (PEC).
5. Le suivi du flux matériel a souffert de ce que les Centres de Santé qui sont notre cible sont des bénéficiaires potentiels mais ne sont pas des destinataires des lignes de crédit (appelés ici services dépensiers). Ils reçoivent des biens et services par le biais d'autres institutions (les directions centrales et régionales) qui sont budgétisées et sont donc les services dépensiers au niveau des finances publiques.
- Les enquêteurs n'ont pas pu obtenir les bordereaux de ventilation auprès des services dépensiers. Pire au niveau des centres de santé là où ils ont pu obtenir des bordereaux de livraison, ceux-ci ne mentionnent ni la facture, ni le marché, ni la ligne de crédit, et seuls les quantitatifs sont mentionnés (aucune valeur monétaire).¹
 - La politique de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées (MII) aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans dans les services de santé est effective sur le terrain aux dires des populations interrogées, mais au lieu de fournir une moustiquaire à la femme enceinte et une moustiquaire à l'enfant de moins de 5 ans, souvent une seule moustiquaire était livrée. Au vu de la multitude d'intervenants qui fournissent ces moustiquaires, l'enquête a conclu à titre indicatif, et au vu de la dépense de 49.000.000 CFA non arrivée à destination sur 194.010.000 CFA, qu'environ 35% seulement des moustiquaires du budget de l'Etat arrivent à destination, c'est-à-dire à la mère et à l'enfant.
 - Les dépenses de « médicaments essentiels, vaccins et consommables médicaux » n'a représenté qu'à peine 10% de la dépense publique de médicaments en 2005. Les CSCOM et CSRéf interrogés ont affirmé n'avoir pas reçu de « médicaments essentiels » en 2005.
 - La dépense pour matériel et équipement destinée aux CSCOM et CSRéf en 2005 dans nos régions ciblées ne concernait que la région de Kayes ; l'analyse des données du Trésor a permis de constater que sur les 281.478.058 CFA une dépense de 86.178.750 CFA, soit près de 30%, n'était pas arrivée à destination. Le reste du matériel et équipement au vu des observations sur le terrain est selon toute vraisemblance arrivée à destination, mais la traçabilité est rendue difficile par l'absence de précision sur les bordereaux de livraison. L'enquête auprès des

¹ Une mise au point reçue du DAF du Ministère de la Santé intitulée "Observations spécifiques" est jointe en Annexe

Centres de Santé a révélé qu'il existe un sérieux problème de maintenance des équipements médicaux.

- Les CSRéf et les CSCOM fonctionnent avec les ressources générées par les prestations médicales et les ventes de produits pharmaceutiques (recouvrement des coûts). Les centres de santé ayant un bon rythme d'activités et de fréquentations se disent satisfaits du recouvrement des coûts mais ajoutent souvent que la rentabilité souffre du coût d'entretien élevé du centre. Par contre dans plusieurs centres visités les responsables disent que les activités sont au ralenti, sauf les jours de marché ; pour ces centres de santé le recouvrement des coûts est jugé par eux peu satisfaisant, et ils ajoutent que le fonctionnement en souffre.
- L'enquête a constaté que les médecins contractuels payés en 2005 sur fonds PPTE l'ont été avec des fois 2 à 3 mois de retard, mais régularisés plus tard.
- Interrogés sur les opportunités et les contraintes les CSCOM et CSRéf ont souligné le caractère démotivant de leurs conditions de rémunération et du fait que les autres agents (non contractuels PPTE), qui eux sont payés par la mairie, accusaient souvent des retards de 12 à 20 mois dans la perception de leurs salaires.
- Plus de 22% du montant des crédits délégués aux régions concernent la rubrique « campagnes et journées ». Les soins curatifs et ambulatoires des CSRéf et CSCOM sont souvent relégués au second rang au moment de ces activités qui permettent d'avoir des perdiems et du carburant. En plus à Koulikoro les sommes correspondantes ont été sorties pour une utilisation autre que prévu budgétairement ; elles auraient servi à l'épidémie de choléra de Nara alors qu'elles étaient prévues pour campagnes et journées.

Analyse et Recommandations

1. L'enquête avait une section sur l'expression des besoins au niveau des services bénéficiaires de la dépense publique ; cette section n'a jamais été renseignée correctement car les CSCOM et CSRéf, qui reçoivent des produits de la dépense sans être associés à l'expression des besoins. Cependant l'expérience de l'élaboration des PO dans le cadre du PRODESS II montre que la base peut être associée à l'expression des besoins, de sorte que quand ils reçoivent les crédits ou biens et services, ils s'approprient mieux la dépense.

Nous recommandons au Ministère de la Santé de préparer, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, l'élaboration des Plans Stratégiques au niveau des régions. Ces plans stratégiques ne seront qu'une déclinaison du PRODESS au niveau régional en tenant compte des spécificités de chaque région. Malgré l'existence de la loi n° 02-049 du 22 juillet 2004. C'est un préalable à une bonne planification annuelle au niveau régional (PO) associée à l'expression des besoins pour la Loi de Finances.

2. Un des problèmes majeurs souligné par l'enquête est la faiblesse de la part allouée aux dépenses destinées aux CSCOM et CSRéf par rapport à l'ensemble des

dépenses de santé du Gouvernement; c'est l'aide extérieure à travers l'appui au PRODESS et les dépenses PPTE qui financent le plus la santé publique. Il faut absolument arriver à inverser les tendances actuelles du système de financement de la santé de manière à le rendre moins tributaire du financement de l'extérieur.

3. Dans le sens de la décentralisation et de la déconcentration et pour assurer une meilleure efficacité de la dépense publique, il serait important de donner plus de pouvoir aux structures sanitaires (au moins une régionalisation) pour gérer directement les crédits qui leur sont alloués ou tout au moins les tenir informés des crédits qui leur ont été alloués. Il serait bon de déléguer beaucoup plus de crédits aux régions. De même il est vivement recommandé au Ministère de l'Economie et des finances d'envisager l'exécution des marchés publics au niveau régional.
4. Pour les médicaments comme pour les moustiquaires, le système de distribution et le système d'acheminement ont besoin d'être revus pour une plus grande transparence et un suivi efficace apte à décourager les déperditions. Une communication publique des tableaux de répartition et des approvisionnements afin que dans chaque CSCOM ou CSRéf la population (ASACO, FERASCOM, FENASCOM) sache ce qui doit revenir à son centre de santé serait déjà un pas positif.

Il faudra aussi éviter de fractionner la dépense en plusieurs petits marchés comme il a été observé pour les moustiquaires (4 marchés de 45 à 49 millions FCFA) en 2005.

5. Même lorsque les fournitures et équipements arrivent aux centres de santé, les problèmes actuels de gestion des centres de santé sont de nature à empêcher la population ciblée d'en bénéficier du fait des attitudes déviantes :
 - Absence de comptabilité matière même rudimentaire
 - Pas de gestion de stocks au niveau de la pharmacie
 - Personnel démotivé
 - Non application des textes règlementant la création, le fonctionnement, la gestion et le financement des CSCOM et des textes précisant les rôles et responsabilités des uns et des autres.

Il faudra donc analyser plus profondément ces problèmes et leur trouver une solution afin d'améliorer l'arrivée de la dépense publique de santé aux populations bénéficiaires.

Plus généralement l'ESDD ne devrait pas être ponctuelle. Le Ministère de la santé en collaboration avec celui des Finances devrait se l'approprier en la reconduisant périodiquement pour pouvoir évaluer ses progrès.

I INTRODUCTION

Le Ministère de la santé a adopté en septembre 2001 la « composante santé et population » qui entre dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté (CSLP) en République du Mali. En 2002, le Gouvernement a validé ce Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté qui intègre les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro-économique cohérent, avec pour objectif l'atteinte d'ici 2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ainsi dans le cadre des réformes de la gestion publique en cours visant à améliorer l'état de santé de la population Malienne, le Ministère de la Santé a élaboré en 2003 le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du secteur de la santé. Ce CDMT est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). Le Gouvernement Malien ayant opté pour l'approche sectorielle, le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le PRODESS I (quinquennat 1998-2002), qui devait démarrer en mars 1998, n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale (PRODESS II) a ainsi accusé du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'organise autour de deux composantes : composante Santé et composante Développement Social.

La présente Enquête de Suivi des Dépenses jusqu'à leur Destination finale (ESDD) s'inscrit dans le cadre d'un dialogue entre le Gouvernement Malien et la Banque Mondiale sur l'amélioration du système de gestion de la dépense publique dans le secteur de la santé pour une meilleure efficacité des efforts de réduction de la pauvreté et une mise en œuvre plus efficiente et plus efficace du PRODESS II.

Sur l'initiative et l'appui financier de la Banque Mondiale et sous la responsabilité directe du Comité de suivi du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances à travers les Directions Nationales des deux Ministères, l'ESDD a été conduite par un consultant indépendant.

II RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE

L'objectif général de l'ESDD est d'aider le Ministère de la santé à améliorer l'efficacité des dépenses publiques ainsi que leur impact sur le bien être des populations.

Les objectifs spécifiques de l'enquête consistent à collecter des données pertinentes au niveau des structures administratives et des établissements sanitaires pour :

- Fournir une évaluation quantitative des délais d'exécution du budget en se focalisant sur les transferts de ressources destinées au financement des dépenses non salariales ;
- Evaluer les retards dans la réception au niveau des services sanitaires par un diagnostic (i) des procédures d'exécution de la dépense publique, et (ii) des procédures de passation des marchés publics ;
- Evaluer les pertes de ressources et les points de perte
- Analyser l'impact des contraintes et anomalies dans l'arrivée des dépenses de l'État à leur destination sur l'efficacité et la performance des structures sanitaires ;

L'étude a deux composantes principales à savoir :

- Le suivi pas à pas jusqu'au niveau des établissements sanitaires (CSRéf et CSCOM)
- L'enquête auprès des ces établissements pour l'utilisation.

Ces deux composantes sont complémentaires et utilisent deux démarches différentes. Pour la présente étude, le suivi pas à pas sera privilégié et complété par une enquête auprès des établissements sanitaires.

Il s'agit de faire un suivi pas à pas des dépenses budgétaires exécutées au cours de l'exercice 2005 pour les articles budgétaires suivants :

1. Achat et distribution de moustiquaires
2. Achat et vente de médicaments
3. Matériel médical
4. Paiement des médecins contractuels dans les CSCOM
5. Frais d'opération des structures sanitaires

Le budget de l'Etat consiste en (i) le Budget National, et (ii) les ressources PPTE, tous deux gérés par le Ministère de la Santé.

Le suivi pas à pas permettra d'examiner les différentes étapes de l'exécution depuis le vote du budget jusqu'au destinataire final de la dépense. Il aidera à évaluer les goulots d'étranglement et les portions de ressources qui atteignent les cibles que sont les populations bénéficiaires. L'objectif étant d'identifier les déperditions aux différents niveaux de passage des ressources, des biens et matériels.

III METHODOLOGIE DE LA MISSION

Au niveau méthodologique il a fallu procéder d'abord à une analyse des procédures des finances publiques maliennes par une étude approfondie des textes législatifs et réglementaires en même temps qu'une analyse des pratiques à travers des entretiens avec les responsables au niveau central du Ministère de l'Economie et des Finances.

Ensuite il a fallu se familiariser avec l'environnement du secteur de la santé (étude documentaire) et avec les pratiques dans le secteur à travers des entretiens au niveau central du Ministère de la Santé du Mali.

Le profil de la dépense publique dans le secteur de la santé a été d'un intérêt particulier dans la perspective de la préparation de l'enquête et de l'analyse de l'utilisation finale des ressources.

La mission a commencé ses travaux à Bamako par une série de réunions d'information, suivie de la collecte et de l'analyse des documents intéressant l'enquête.

De même diverses réunions ont eu lieu avec toutes les parties intéressées pour la confection des outils de l'enquête, à savoir :

- le Ministère de la Santé ;
- le Ministère de l'Economie et des Finances ;
- la mission de la Banque Mondiale au Mali.

Pour conduire les entretiens le Consultant a adapté au contexte Malien une série d'outils d'enquête qu'il avait élaborés, testés et validés sur le terrain lors des ESDD dans les secteurs de la Santé et de l'Education en République de Guinée Conakry. Les points suivants ont retenu l'attention :

1. Dans les entretiens au niveau central du Ministère de l'Economie et des Finances : chercher à suivre pas à pas tout le processus de la dépense publique pour chacune des lignes budgétaires retenues et ce depuis la Loi de Finances initiale jusqu'aux opérations exécutées par les Directions Centrales (Santé, Budget, Trésor) pour continuer vers les opérations exécutées par les Directions Régionales au niveau délégation de crédit.
2. L'enquête s'est intéressée au nombre moyen de jours pour chaque étape du processus d'acheminement de la dépense publique jusqu'au niveau de chacun des interlocuteurs de même que l'indication du service responsable de chacune des étapes en vue d'évaluer les entraves à la mobilisation correcte des ressources pour la santé.

3. Dans les entretiens avec les services au niveau déconcentré du Ministère de l'Economie et des Finances : chercher à suivre pas à pas l'arrivée des délégations de crédit pour les lignes budgétaires régionales, de même que les opérations d'ordonnancement, de mandatement, et de paiement pour chacune de ces délégations de crédit dans les régions ciblées.
4. Pour le Ministère de la Santé la même approche a été adoptée que pour le Ministère de l'Economie et des Finances. Au niveau central les questions ont porté sur la manière dont les avant-projets de budgets étaient élaborés, sur les critères de l'arbitrage budgétaire, et sur les étapes du processus d'acheminement de la dépense publique.

Au niveau déconcentré, en plus des étapes du processus d'acheminement de la dépense publique l'enquête s'est intéressée aux délégations de crédits au niveau des administrateurs de crédit de la santé.

IV PROCESSUS DE LA DEPENSE PUBLIQUE

IV.1 PLANIFICATION

Le processus de planification au niveau du Ministère de la santé au Mali utilise les étapes et principes ci-après :

- Le cadre de planification à long terme : ce cadre a permis au Ministère de la santé de fixer des orientations pour les 10 ans à venir (PDDSS 1998-2007) ;
- Le programme à moyen terme : le PRODESS, document de référence pour la planification à moyen terme selon le principe de la planification glissante, fixe les orientations, les stratégies, et les programmes prioritaires pour les cinq ans à venir. Le PRODESS II, actuellement en cours, couvre la période 2005 – 2009. Il est soutenu par un Cadre de Dépenses à Moyen Terme adopté en 2003, qui, comme son nom l'indique fixe les grandes masses budgétaires pour une période de 5 ans ;
- La préparation du budget de l'Etat (projet de Loi de Finances) : cette préparation consiste à une programmation des dépenses et une estimation des recettes de l'Etat sur la base d'un canevas défini par le Ministère de l'économie et des Finances ;
- La programmation opérationnelle annuelle (PO) correspondant au budget annuel du PRODESS, est élaborée et mise en œuvre annuellement selon un processus décrit de manière détaillée dans le manuel de procédures révisé du PRODESS II.

Schématiquement, le processus d'élaboration du PO est conduit « de bas en haut » en cinq étapes :

Première étape : l'élaboration des PO des cercles et leur approbation par les Conseils de Gestion (CSRéf) ; elle est effectuée parallèlement à l'élaboration des PO des organismes personnalisés et leur approbation par les Conseils d'Administration et les

Départements Ministériels de Tutelle. Cette première étape touche l'ensemble des CSCOM des cercles.

Deuxième étape : la consolidation des PO des cercles et des organismes personnalisés régionaux au niveau régional et leur approbation par les CROCEPS, il faut préciser qu'avant cette consolidation au niveau régional, la Direction Régionale de la Santé (DRS) doit recevoir de l'ensemble des bailleurs de fonds du secteur les enveloppes financières prévues (cadrage budgétaire) pour la période concernée.

Troisième étape : la consolidation par un Comité de pilotage des PO régionaux, et des organismes personnalisés; ensuite un Comité Technique procède à l'examen et la mise en cohérence du PO national consolidé.

Quatrième étape : la validation du PO des structures centrales lors des journées d'évaluation et de programmation.

Cinquième étape : l'approbation du PO national par un Comité de Suivi ; cette étape consiste à se prononcer sur le contenu du PO national en termes de cohérence entre les activités programmées et les orientations du PRODESS.

La composition et les attributions des organes et des structures intervenant dans le processus sont détaillées dans le manuel de procédures révisé du PRODESS II.

Du point de vue calendaire, le processus démarre pendant le premier trimestre de l'année N pour terminer au quatrième trimestre de la dite année suite à l'harmonisation liée aux conditionnalités de l'ABS.

IV.2 EXECUTION DE LA DEPENSE PUBLIQUE

IV.2.1 Mise en place des crédits budgétaires

Avant d'être utilisés par les services publics, les crédits budgétaires doivent, au préalable, être mis en place. A l'ouverture des crédits, le Ministre chargé des Finances délègue ses pouvoirs au Ministre de la Santé et aux Gouverneurs de région qui sont des ordonnateurs secondaires de leurs budgets. De même le Ministre de la Santé délègue une partie de ses pouvoirs au DAF comme ordonnateur délégué.

Au Mali, contrairement à d'autres pays comme la Guinée Conakry, cette mise en place des crédits intervient automatiquement et sans restriction dès la promulgation de la Loi de finances.

La mise en place des crédits nécessite l'établissement de délégations de crédits par les ordonnateurs délégués secondaires (DAF) en ce qui concerne les crédits gérés au niveau central et une bonne partie des crédits gérés au niveau déconcentré.

IV.2.2 Budget National 2005 du Ministère de la Santé

Une analyse du budget national (BND) 2005 du Ministère de la Santé du Mali par unité fonctionnelle donne des :

- Dépenses BND avec la DAF, la DNS, et la DPM comme destinataires des crédits :

Tableau 1: DAF, BND, DPM en 2005

Direction administrative et fin.	10.990.205.000
Direction pharmacie et médic.	1.846.004.000
Direction nat. de la santé publ.	1.981.905.000
Pour un total prévu de	14.818.114.000

- Dépenses BND avec les hôpitaux régionaux comme destinataires des crédits:

Tableau 2: Hôpitaux régionaux en 2005

Hôpital de Kayes	0
Hôpital de Nioro	28.366.000
Hôpital de Sikasso	0
Hôpital de Ségou	0
Hôpital de Markala	72.098.000
Hôpital de San	72.933.000
Hôpital de Mopti	0
Hôpital de Tombouctou	0
Hôpital de Dire	38.427.000
Hôpital de Gao	0
Pour un total prévu de	211.824.000

- Dépenses BND avec le Cabinet et des organismes personnalisés du Ministère comme destinataires des crédits:

Tableau 3: Cabinet et Divers en 2005

Cabinet	888.133.000
Cellule de planification statist.	73.326.000
Centre info éducat. et commun.	118.796.000
Inspection de la santé	31.387.000
Progr lutte contre VIH/SIDA	16.891.000
Centre d'études survie enfant	13.000.000
CONACOP	0
Cell d'exécution programme renforc infrast sanitaire	43.138.000
Ecole des infirmières Pnt G	324.928.000
Ecole secondaire santé	187.411.000
Centre immunisation	1.223.204.000
Centre spécial technique santé	56.381.000
Cours supérieur épidémiologie	11.178.000
Service entretien parc auto	40.557.000
Ecole 1er cycle Sikasso	66.037.000
Pour un total prévu de	3.094.367.000

- Dépenses sur BSIE/PPTE avec comme destinataires du crédit :

Tableau 4: BSIE sur PPTE en 2005

Appui Cell Planif Stat	15.000.000
Construct 2 C de S Kidal	400.000.000
Acquisition mat tech IOTA	170.000.000
Amenag. Hôpital Point G	210.000.000
Restaurat Hôpital Point G	250.000.000
Amenag Hôpital G Touré	287.000.000
Amenag Centre Od-Sto	150.000.000
Proj appui surv epid int II	40.000.000
Equip Lab Nat Sante	83.000.000
Appui PRODESS	1.375.000.000
Constr C S Mopti Tomb G	8.000.000
Constr Centre Rech Et Sur	0
Rehab extens infr CENAM	209.000.000
Pour un total prévu de	3.197.000.000

- Dépenses sur financement extérieur et libellées:

Tableau 5: PRODESS et financements extérieurs

Proj appui surv epid int II	190.000.000
Appui au PRODESS	20.740.000.000
Constr Eq Centr Sante BID	67.000.000
Pour un total prévu de	20.997.000.000

- Ainsi le budget national 2005 peut se résumer comme suit:

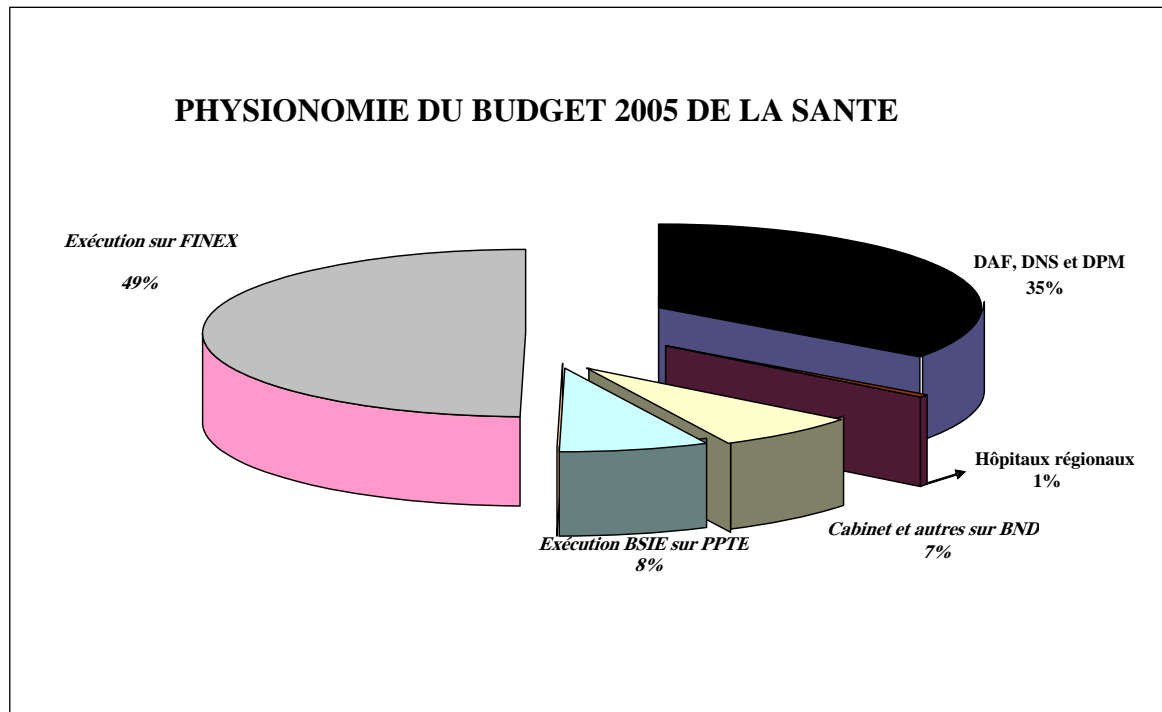
Tableau 6: Résumé du BND 2005

Répartition	Montant
DAF. DNS et DPM	14.818.114.000
Hôpitaux régionaux	211.824.000
Cabinet et autres sur BND	3.094.367.000
Exécution BSIE sur PPTE	3.197.000.000
Exécution sur FINEX	20.997.000.000
TOTAL BUDGET 2005	42.318.305.000

Ce budget concerne toutes les régions du Mali et toutes les rubriques possibles de dépenses.

Notre enquête est limitée à quelques régions et quelques rubriques de dépenses. Il s'agira principalement de la portion des deux premières lignes de ce tableau de répartition s'adressant aux régions et rubriques de dépenses ciblées par les TDR et touchant les Centres de Santé.

Graphique 1: Budget Santé 2005



IV.2.3 Procédure d'exécution des dépenses publiques

Une fois les crédits budgétaires mis en place, les dépenses peuvent commencer à être exécutées.

La procédure d'exécution des dépenses publiques comprend deux phases : une phase administrative et une phase comptable. La phase administrative comprend :

- **L'engagement.** qui est l'acte par lequel les Ordonnateurs (voir tableau ci-dessous) des dépenses du Ministère de la Santé (MS) créent ou constatent à l'encontre de l'Etat une obligation de laquelle découlera une charge. Il est effectué par les administrateurs de crédits, mais leur décision n'est valable qu'une fois validée par le Ministre de la Santé ou, par délégation, par le DAF du MS.

Les propositions d'engagement établies par les services dépensiers ne deviennent définitives qu'après visa par le contrôle financier.

De la même manière, tous les projets donnant lieu à un engagement juridique distinct (arrêtés, décisions, contrats, marchés, conventions) sont signés par le Ministre de tutelle (Santé) avant le visa du contrôle financier et signature par le Ministre des finances.

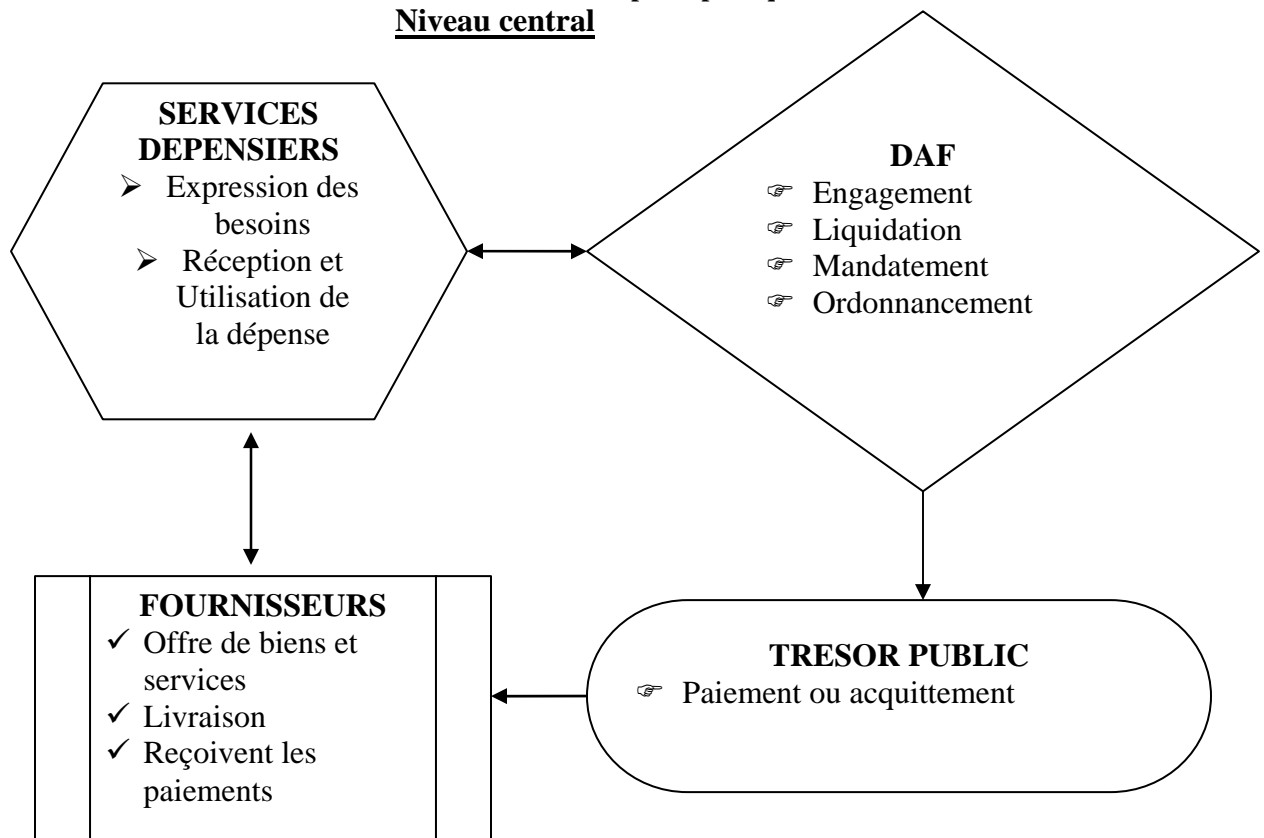
- **La liquidation**, qui a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter son montant et sa date d'exigibilité, est faite par les Ordonnateurs de crédits du MS. Ceux – ci certifient la réalité du service fait sous leur responsabilité. Mais, afin de permettre de détecter ou d'empêcher des fausses certifications de service fait, le contrôle financier est chargé de procéder au contrôle des liquidations faites par les ordonnateurs de crédits.
- **L'ordonnancement (mandatement)** : qui consiste à ordonner au comptable public d'effectuer le règlement de la dépense publique, est effectué par les Ordonnateurs que sont : le DAF (niveau central) et le Directeur régional du budget (niveau régional), en leur qualité d'ordonnateurs délégués.
- **Le paiement** : qui consiste à éteindre la dette de l'Etat telle qu'elle résulte de l'engagement et de la liquidation. relève de la compétence des comptables du Trésor. En tant que payeurs, ceux-ci procèdent au contrôle avant paiement de la régularité de la dépense, et en tant que caissiers, ils effectuent le paiement entre les mains du véritable créancier de l'Etat.

Tableau 7: Processus de la dépense publique (suivant manuel d'exécution des dépenses de l'Etat)

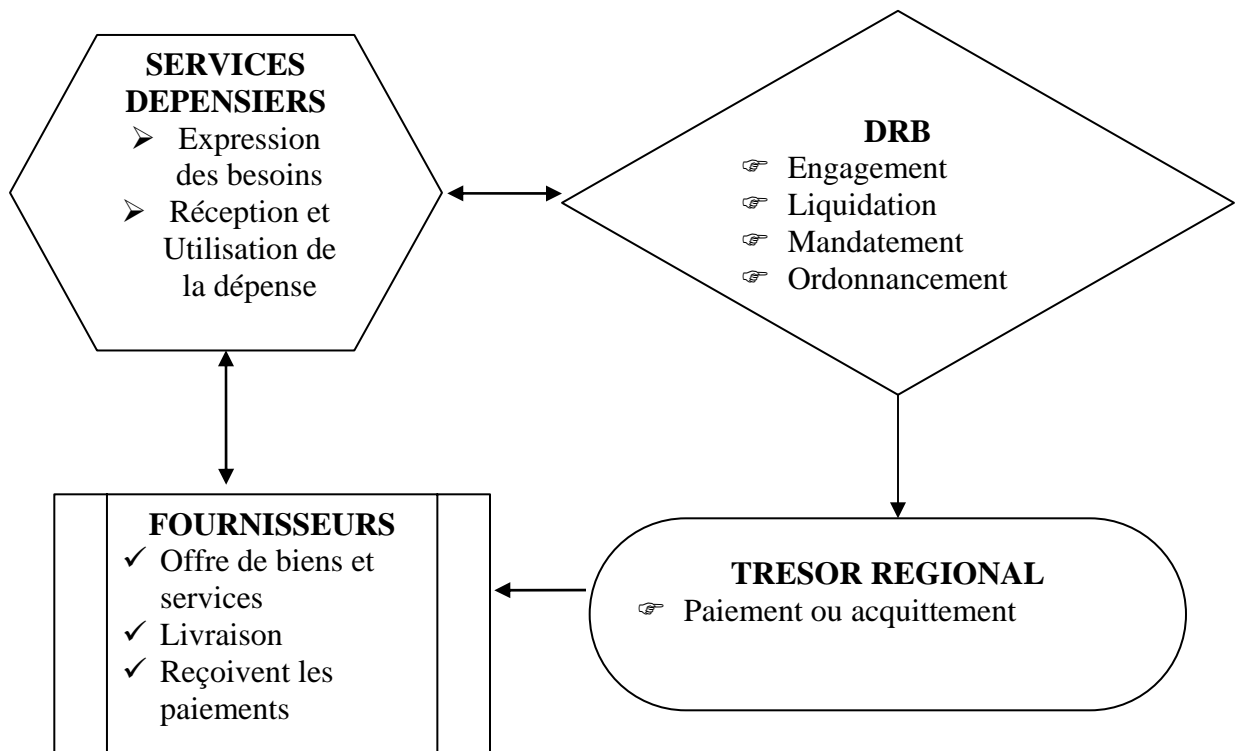
PHASE	ETAPE	INTERVENANT
<i>Administrative</i>	1. Expression des besoins	Administrateurs de crédits (Directeurs nationaux, Directeurs Généraux et Chefs de services rattachés, Directeurs Régionaux)
	2. Engagement	Ordonnateurs des dépenses de l'Etat (Ministre de la santé et Gouverneurs de région)
	3. Liquidation	Contrôleurs financiers pour visa et Ordonnateurs
	4. Ordonnancement	Contrôleurs financiers pour visa et Ordonnateurs
<i>Comptable</i>	5. Paiement	Comptables du Trésor (l'agent comptable central du trésor ACCT, le payeur général du trésor PGT et les trésoriers payeurs régionaux TPR)

Schéma 1: Processus d'acheminement de la dépense publique

Niveau central



Niveau Régional



V ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET INSTITUTIONS

Au vu des termes de référence les lignes budgétaires qui vont intéresser cette étude seront recherchées au niveau DAF/DNS/DPM et par extension au niveau des hôpitaux régionaux, soit parmi un total de 15.029.938.000 CFA de lignes budgétaires représentant les 14.818.114.000 CFA du Tableau 1 et les 211.824.000 CFA du Tableau 2, à savoir près de 36% des 42.318.305.000 CFA de la dépense de santé budgétisée BND au cours de l'année 2005.

Au vu des régions retenues dans les TDR la portion de ce sous total budgétaire à examiner concernera plus précisément 14.856.541.000 CFA (à savoir les 14.818.114.000 CFA du Tableau 1 et les 38.427.000 CFA dans le Tableau 2).

En plus l'étude s'intéressera à l'unité fonctionnelle 3-0-0-0181-000-0030-01-1 PPTE compte économique 4-649-90 Dotations PPTE pour les dépenses sur PPTE déléguées aux régions et ayant servi à payer les agents socio sanitaires contractuels, les campagnes médicales, et la prise en charge du coût de l'acte médical lié à la césarienne.

V.1 LES LIGNES BUDGETAIRES

Les comptes économiques retenus correspondants aux variables à observer spécifiées dans les termes de référence sont :

Tableau 8: Comptes économiques des TDR

3 629 20	Achats médicaments
3 629 76	Autres dépenses de matériel
3 621 91	Achat matériel PPTE
4 649 90	Dotations PPTE
4 649 96	Ressources PTTE –Paludisme.

Le recoupement des Unités Fonctionnelles et des comptes économiques ci-dessus conduira les enquêteurs à suivre les lignes ci-après au niveau central :

Tableau 9: Lignes budgétaires au niveau central

Unité Fonctionnelle	Compte Economique	Libellé	Montant Budget
6200711000001011	3 629 20	Achats médicaments	1.813.602.736
6200740000001002	3 629 76	Autres dépenses de matériel	551.342.700
3200121000140011	3 621 91	Achat matériel PPTE	239.999.945
3200121000140011	3 629 76	Autres dépenses de matériel	530.147.451
3200121000140011	4 649 96	Ressources PTTE – Lutte contre le Paludisme.	417.560.540
TOTAL BUDGETISE BUDGET NATIONAL			3.552.653.372
		Total budget national	3.552.653.372
3001810000030011	4 649 90	Dotations PPTE non annulées	1.853.182.312
TOTAL DES LIGNES			5.405.835.684

Au niveau déconcentré, l'enquête s'est également intéressée aux montants des mandats de délégation envoyés par le niveau central aux régions du Mali pour un total de 2.735.909.151 CFA se décomposant comme suit :

- Un montant de 250.000.000 qui en fait a été annulé au niveau de Sikasso
- Un montant de 1.386.627.216 FCFA pour Bamako, Ségou, Kidal et Gao et des structures telles que le CNOS, l'ESS, le FSN, l'IOTA, etc..., donc à exclure de l'enquête.
- Un montant de 1.099.281.935 FCFA pour les régions touchées par l'enquête à savoir Koulikoro, Sikasso, Kayes, Mopti et Tombouctou (dont 50.000.000 CFA brut d'appui de la DAF à chacun des quatre hôpitaux régionaux de Sikasso, Kayes, Mopti, Tombouctou, et 14.850.000 CFA de dépenses aux ESS et autres). Les travaux sur le terrain ont identifié en fait des mandats de délégation notifiés pour un montant brut de 1.123.649.407 CFA et des annulations pour 79.683.821 CFA et 4.681.000 CFA, soit un net de 1.039.284.586 CFA.

En plus l'enquête s'est intéressée aux engagements sur les 38.427.000 CFA budgétisés directement pour Diré.

Le total des lignes budgétaires examinées sur le terrain au niveau déconcentré est donc de 1.077.711.586 CFA, à savoir les 1.039.284.586 CFA ci-dessus plus les 38.427.000 CFA de Dire.

Ainsi le niveau central et le niveau déconcentré ont conduit les enquêteurs à se concentrer au départ sur des lignes budgétaires totalisant 6.483.547.270 CFA.

Les TDR demandent qu'un suivi pas à pas soit effectué à partir du centre de santé jusqu'aux utilisateurs en conduisant un sondage de l'utilisation des ressources reçues par les CSRéf et CSCOM (à l'exclusion des régions de Ségou et des communes de Bamako non retenues par les TDR et des régions de Kidal et de Gao au vu des événements dans le nord du Mali au moment de l'enquête).

V.2 ECHANTILLONAGE

La population cible des CSRéf et CSCOM (à savoir à l'exclusion des régions de Ségou, Kidal et Gao et des communes de Bamako) compte 504 institutions dont 340 CSCOM et 164 CSRéf dans 35 districts sanitaires. L'échantillon a inclus : 7 CSCOM ruraux, 3 CSCOM urbains et 2 CS de Référence ou CSRéf parmi ces 504 institutions.

Le tirage de l'échantillon aléatoire des sentiers budgétaires s'est fait en utilisant toutes les lignes budgétaires liées aux activités retenues dans les TDR, et un échantillon aléatoire d'institutions obtenu par sondage sur une liste des CSCOM et des CSRéf par région, district sanitaire et sous district sanitaire.

Il y'a en tout 59 districts sanitaires. En omettant ceux des régions de Ségou et des communes de Bamako, il en reste 45 ; mais Gao et Kidal (soit 10 au total) aussi sont à

exclure. Ainsi les 35 districts sanitaires restants ont été numérotés et constituent la base de sondage.

- Le sondage a été à un niveau (les districts sanitaires) pour les CSRéf ou hôpitaux de districts sanitaires et les CSCOM urbains :
 - Pour les CSRéf, on a procédé à un tirage aléatoire sans remise de 2 districts. Les hôpitaux des districts sanitaires correspondants ont fait partie de notre échantillon.
 - Pour les CSCOM urbains, après avoir remis les 2 numéros précédemment tirés, il a été procédé à un tirage aléatoire sans remise de 3 districts. Les 3 centres sanitaires urbains correspondants font partie de l'échantillon.
- Le sondage s'est fait avec la même base de sondage mais à deux niveaux pour les CSCOM Ruraux

Au premier niveau il a été procédé à un tirage aléatoire sans remise de 7 districts sanitaires parmi les 35 districts.

Au second niveau il a été procédé dans chaque district à un tirage aléatoire d'une institution parmi la liste numérotée de tous les CSRéf et CSCOM de ce district; l'institution correspondante fera partie de l'échantillon au titre des CSCOM ruraux.

L'échantillon obtenu est le suivant :

Tableau 10: Echantillon des Centres de Santé

Région	CSRéf	CSCOM urbain	CSCOM rural
1. Kayes	Kéniéba		Sitakily Tinkare Hamdallaye
2. Mopti			Kouakourou Mougna
3. Sikasso	Sélingue	Koutiala	Ména-Kolondiéba
4. Tombouctou	Dire		
5. Koulikoro		Banamba Kangaba	

V.3 LIMITES DE L'ENQUETE

Une enquête par sondage conduit à des estimations souffrant de deux types d'erreurs :

- Les erreurs de mesure (omission d'observations sélectionnées, mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêteur, erreurs de saisie des données, etc....). Tout serait mis en œuvre (à travers la clarté des fiches d'enquête, le niveau auquel les enquêteurs sont choisis et la formation qui leur

sera dispensée) pour minimiser ces erreurs de mesure, mais ce type d'erreur ne peut pas être évalué statistiquement.

- Les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement pourvu que l'échantillonnage soit basé sur un tirage aléatoire.

Dans le cadre du Mali les données financières sur les dépenses publiques chez les administrateurs de crédit au niveau déconcentré sont disponibles et acceptables du point de vue comptable, et le tirage aléatoire des lignes budgétaires et des destinataires des dépenses permettrait d'obtenir des valeurs estimées représentatives de l'arrivée de la dépense publique de santé en 2005 à destination si les destinataires étaient les bénéficiaires finaux.

Conformément aux TDR notre étude a utilisé un tirage non aléatoire des lignes budgétaires, pour ne retenir que les lignes concernées par les dépenses pouvant toucher les Centres de Santé. D'autre part les lignes budgétaires en réalité s'arrêtent au niveau des services centraux ou, par délégation, au niveau des directions régionales. Les Centres de Santé ne reçoivent que des fournitures et du matériel sans savoir au préalable ce qui leur est alloué, et sans référence aucune au niveau des bons de livraison à une quelconque ligne budgétaire.

Le prix à payer est que les résultats de nos enquêtes seront de nature à provoquer la réflexion quant à l'arrivée de la dépense publique de santé à destination dans les Centres de Santé ; ils ne seront pas statistiquement concluants.

V.4 PREPARATION DE L'ENQUETE

Les outils développés pour l'enquête consistent en 6 questionnaires :

- ESDD Fiche 1 qui concerne le suivi pas à pas de la dépense jusqu'au niveau de l'étape des engagement sur la ligne budgétaire.
- ESDD Fiche 2 qui pour chaque engagement continue le suivi du flux financier jusqu'à l'étape de paiement et commence le suivi du flux matériel du niveau central jusqu'au niveau du centre de santé.
- ESDD Fiche 3 qui, pour chaque engagement et au niveau de chacun des centres de santé de l'échantillon, continue le suivi de la dépense dans le centre de santé jusqu'au destinataire final.
- ESDD Fiche 4 qui, analyse le processus de passation des marchés concernés par les dépenses budgétaires suivies
- Une fiche d'analyse des marchés publics
- Un Questionnaire sur la physionomie de chaque centre de santé, inclus dans l'échantillon.

Le recrutement des enquêteurs s'est fait avec le concours du Cabinet CEDREF qui nous a mis en contact avec les enquêteurs qui avaient conduit l'ESDD au niveau de l'éducation au Mali. Combien d'enquêteurs ?

Quinze enquêteurs ont été formés aux outils d'enquête le 7 juin 2006, et déployés sur le terrain du 8 au 20 juin 2006.

Les enquêteurs ont été répartis en 5 équipes qui ont été alors envoyés dans les 5 régions (2 à Sikasso, 2 à Koulikoro, 2 à Mopti, 6 à Kayes et 3 à Tombouctou) pour continuer le travail sur ces lignes suivies au niveau central et effectuer le même suivi sur des lignes additionnelles engagées au niveau régional.

Le Consultant et son assistant statisticien se sont eux-mêmes rendus sur le terrain à Sikasso. Mopti et Djenné pour la supervision de l'enquête.

V.5 PROBLEMES DANS LA COLLECTE DES DONNEES

Dans le cadre du processus de la collecte des données nos équipes d'enquêteurs ont rencontré les difficultés ci-après :

- Le suivi pas à pas des lignes budgétaires n'est possible que jusqu'au service destinataire de la dépense (directions nationales et directions régionales le plus souvent) alors que le service bénéficiaire final de la dépense ciblé est le Centre de Santé. Or les services destinataires n'ont pas pu (ou n'ont pas voulu) fournir à nos enquêteurs les bordereaux de répartition des dépenses entre les bénéficiaires finaux; cette étape est cruciale pour le suivi matériel de l'arrivée des articles au niveau des Centres de Santé
- La non coopération ou l'indisponibilité de certains agents de l'administration dans les régions a rendu difficile, et même dans certains cas impossible, l'obtention des documents et informations nécessaires ; même pour faire signer le « vu à l'arrivée » des ordres de mission par exemple à Tombouctou il a fallu énormément de temps et d'ingéniosité à nos enquêteurs, les agents étant souvent absents ou pressés de s'absenter pour aller suivre à la télévision les matches de la coupe du monde de football
- Les responsables du trésor à l'intérieur du pays ont partout utilisé le prétexte que toutes les pièces du 1^{er} semestre 2005 voir de l'année 2005 auraient déjà été déposées à la Cour des Comptes ou envoyées à Bamako pour ne pas fournir à nos enquêteurs les informations nécessaires pour le suivi flux financier au niveau des paiements. A Bamako même l'enquête a rencontré un refus tout simple de la Paierie Centrale du Trésor de donner les informations dont une requête écrite avait été faite par le Consultant et ce, en dépit de l'intervention même du bureau de la Banque Mondiale à Bamako. Ce n'est qu'en février 2007 que des données ont été obtenues à travers la Banque Mondiale.

- L'affectation très récente ou l'absence prolongée de certains Chefs de poste médical ou gestionnaires de pharmacie des Centres de Santé, et le manque de passation documentée de service ou d'archives et de tenue de stocks dans plusieurs cas a empêché de recueillir des informations aussi cruciales que les stocks de pharmacie de départ, ou l'état du stock en 2005
- L'absence d'un minimum de comptabilisation, les chefs de poste médical confisquant à leur niveau tous les documents et se substituant au gestionnaire comptable là où il en existe, par exemple au CSRéf de Kéniéba, sans rien communiquer.

VI RESULTATS DE L'ENQUETE

Le budget de l'Etat consiste en (i) le Budget National, et (ii) les ressources PPTE, tous deux gérés par le Ministère de la Santé.

Sur le terrain donc l'enquête s'est intéressée aux 5.405.835.684 CFA du niveau central, de même qu'aux 1.039.284.586 CFA de mandats de délégation au niveau déconcentré retrouvés dans les régions ciblées par l'enquête à savoir Koulikoro, Sikasso, Kayes, Mopti et Tombouctou, et aux 38.427.000 CFA budgétisés pour Dire.

VI.1 LE SUIVI FINANCIER

VI.1.1 Procédure des engagements et délégations de crédits au niveau déconcentré

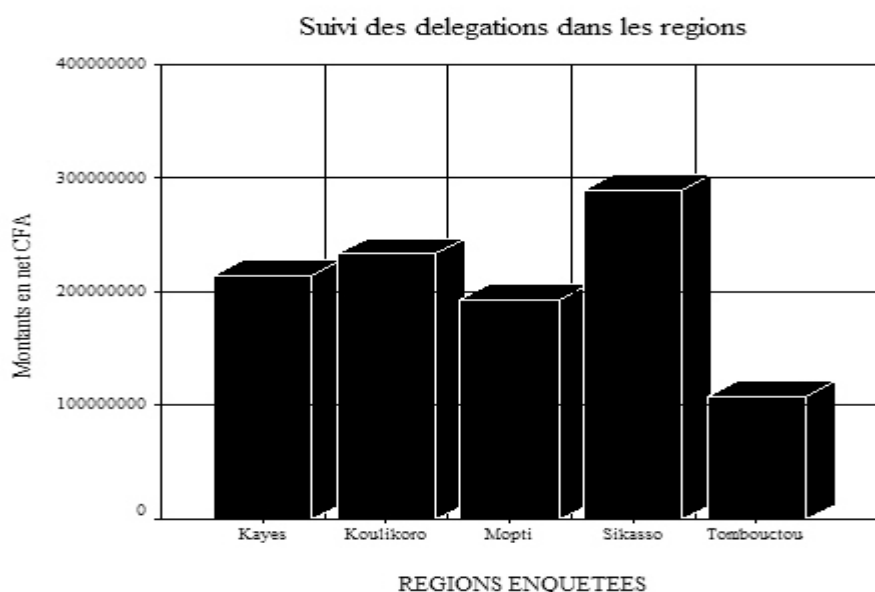
VI.1.1.1 Suivi des délégations de crédit au niveau déconcentré

Une partie des dépenses est exécutée directement dans les régions par délégation de crédit du niveau central au niveau régional (niveau déconcentré).

L'enquête a essayé de voir comment l'activité de délégation aux régions s'est déroulée en 2005 pour les délégations touchant aux régions enquêtées

Le suivi sur le terrain des délégations de crédits notifiées aux services dépensiers dans ces régions donne le tableau récapitulatif (voir tableau 19 en annexe) et le graphique de répartition ci-dessous :

Graphique 2: Les délégations de crédit par montants dans nos régions



L'enquête a essayé de voir comment l'activité de délégation aux régions s'est déroulée en 2005 pour les délégations touchant aux régions enquêtées :

- Quelles unités fonctionnelles ont été concernées ?
- Quelles sont les rubriques de dépenses concernées ?
- A quelles dates les notifications ont-elles été faites ?

Les dates de notification ont été regroupées par trimestre de l'année civile.

Ces délégations concernent les unités fonctionnelles ci-après :

Tableau 11: Délégations en net de crédit aux régions par U F

Unité Fonctionnelle	Total délégué
3-0-0-0181-000-0030 / PPTE	114.858.105
3-2-0-0121-000-0140 / DAF	920.906.743
6-1-0-0113-000-0210 / Cabinet	3.519.738
Total	1.039.284.586

Les rubriques de dépenses concernées se résument comme suit :

Graphique 3: Les délégations de crédit par nature aux régions

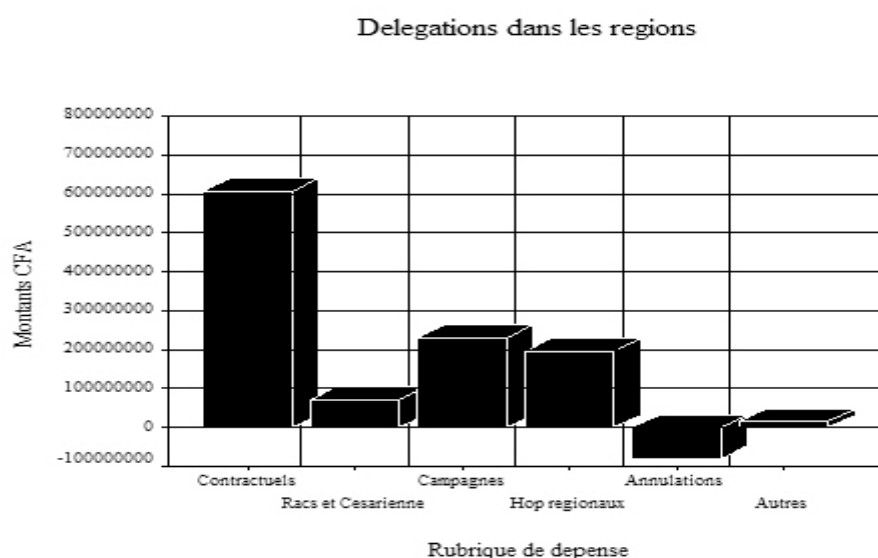


Tableau 12: Dépenses sur délégation dans nos régions

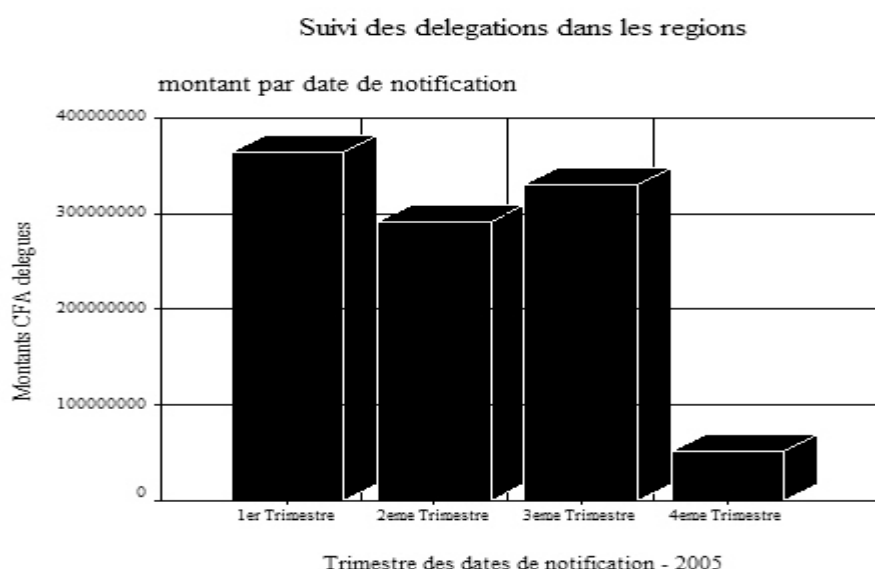
Rubrique de dépense	Total délégué
Contractuels	607.270.807
Racs et Césarienne	71.700.000
Campagnes	229.828.600
Hôpitaux régionaux	195.319.000
Autres	14.850.000
Annulations	-79.683.821
Total	1.039.284.586

Tableau 13: Notifications des délégations aux régions

Date de notification	Total net notifié
Trimestre 1	364.082.555
Trimestre 2	291.835.400
Trimestre 3	331.127.955
Trimestre 4	52.238.676
Total	1.039.284.586

Comment se sont faites les délégations? Il apparaît qu'au niveau des montants nets le premier et le troisième trimestre voient le plus de délégations ; les annulations se faisant au cours du dernier trimestre.

Graphique 4: Régions - montants délégués par trimestre



VI.1.1.2 Engagements suivis par l'enquête

VI.1.1.2.1 Caractéristiques des engagements suivis

Tableau 14: Engagements suivis par CE, UF

Récapitulation des engagements suivis par C E, U F				
Titre-article	Unité Fonctionnelle	Montant des engagements	N	% du total N
3 - 621 – 91	3-2-0-0121-000-0140	239.999.945	2	2.4%
3 - 629 – 20	6-2-0-0071-100-0001	1.813.602.736	5	6.1%
3 - 629 – 76	3-2-0-0121-000-0140	530.147.451	3	3.7%
	6-2-0-0074-000-0010	551.342.700	22	26.8%
	Total	1.081.490.151	25	30.5%
4 - 631 – 23	3-2-0-0121-000-0140	60.265.962	5	6.1%
4 - 649 – 90	3-0-0-0181-000-0030	1.853.182.312	19	23.2%
4 - 649 – 96	3-2-0-0121-000-0140	427.200.000	12	14.6%
4 - 649 – 98	3-2-0-0121-000-0140	404.149.164	14	17.1%
Totalisation par UF	3-0-0-0181-000-0030	1.853.182.312	19	23.2%
	3-2-0-0121-000-0140	1.661.762.522	36	43.9%
	6-2-0-0071-100-0001	1.813.602.736	5	6.1%
	6-2-0-0074-000-0010	551.342.700	22	26.8%
	Total	5.879.890.270	82	100.0%

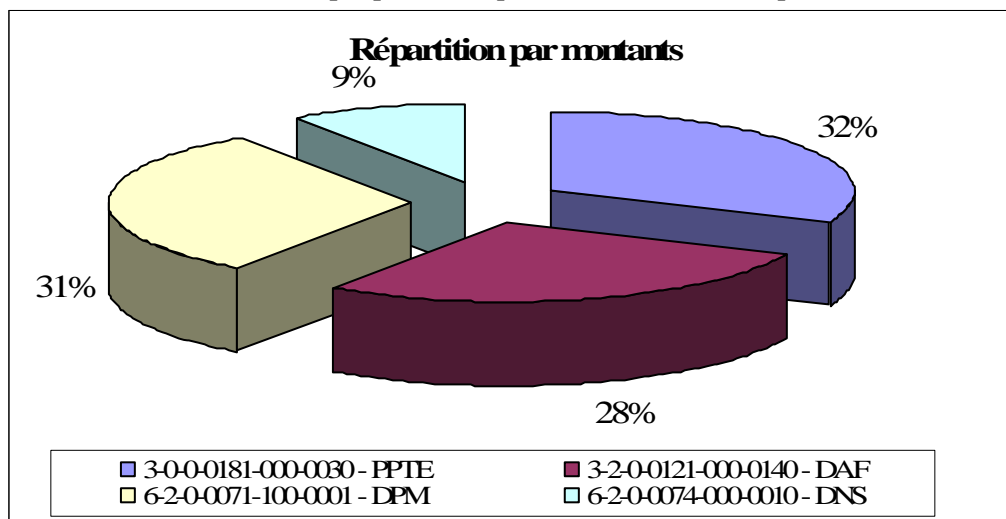
Les engagements de dépenses au niveau déconcentré concernant les rubriques contractuels, Racs et césarienne, et campagnes ont été suivis jusqu'au mandatement. Les engagements de dépenses au niveau central ajoutés à ces engagements de dépenses au niveau déconcentré ont généré ainsi un lot de 82 observations pour un total d'engagements de dépenses de 5.879.890.720 CFA dont la répartition apparaît dans le tableau ci-dessus.

Ce tableau se résume ainsi :

Tableau 15: Cas observés par l'enquête

Unité Fonctionnelle	Montant	% Nombre total	% Montant total
3-0-0-0181-000-0030 PPTE	1.853.182.312	23.2%	31.52%
3-2-0-0121-000-0140 DAF	1.661.762.522	43.9%	28.26%
6-2-0-0071-100-0001 DPM	1.813.602.736	6.1%	30.84%
6-2-0-0074-000-0010 DNS	551.342.700	26.8%	9.38%
Total	5.879.890.270	100.0%	100.00%

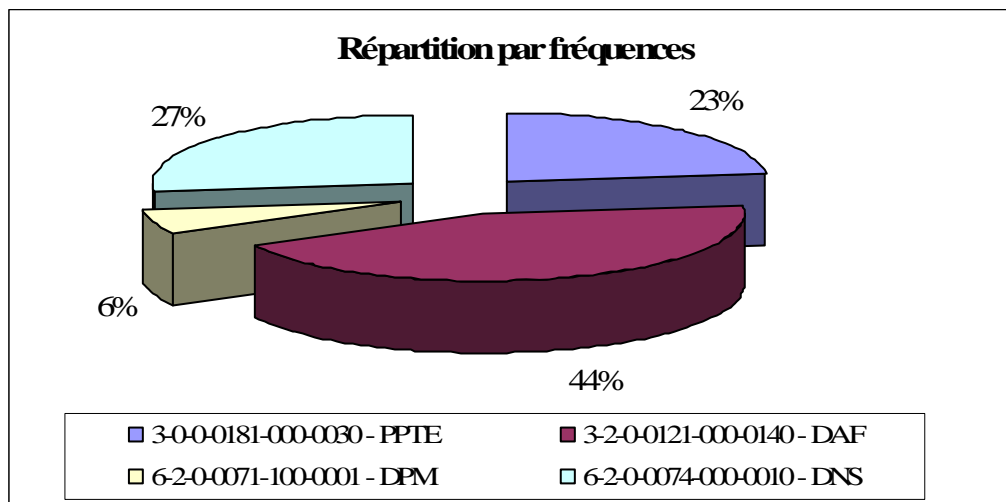
Graphique 5 : Fréquences des cas observés par U F



Au niveau des montants la répartition est assez équilibrée ; à l'exception de la DNS qui ne compte que pour 9%, les autres unités fonctionnelles comptent chacune pour près de 30% du montant total observé.

Les dépenses les plus fréquentes concernent l'unité fonctionnelle de la DAF avec 44% des cas. Les unités fonctionnelles de la DNS et PPTE tournent autour de 25% des cas chacune alors que l'unité fonctionnelle DPM ne compte que pour 6% des cas.

Graphique 6: Répartition par montants



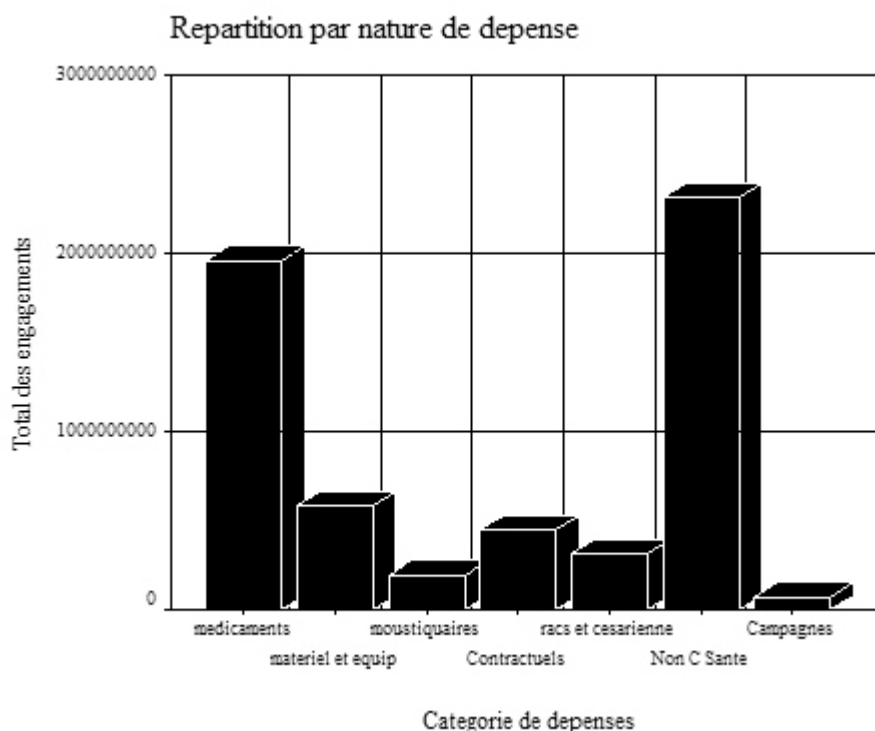
Au vu des termes de référence il a fallu catégoriser les dépenses pour faire ressortir les rubriques susceptibles d'intéresser l'enquête.

La répartition par nature de dépense donne alors le tableau et le graphique ci-dessous:

Tableau 16: Répartition des observations par nature de dépense ajouter une colonne avec le % du budget total

Classification des engagements	Montant engagé	% des 82 cas	% Montant Total
Médicaments	1.959.345.228	8.5%	33.3%
Matériel et équipement	586.257.606	17.1%	10.0%
Moustiquaires	194.010.000	4.9%	3.3%
Contractuels	444.469.659	23.2%	7.6%
Racs et césarienne	310.097.901	11.0%	5.3%
Non Centre de Santé	2.315.804.454	28.0%	39.4%
Campagnes	69.905.422	7.3%	1.2%
Total	5.879.890.270	100.0%	100.0%

Graphique 7: Ventilation des observations par nature de dépense



Le plus gros lot est constitué de dépenses au niveau central qui n'ont rien à voir avec les rubriques visées par les termes de référence (Annexe 2). Cette rubrique appelée ici « non centres de santé » ne sera donc pas suivie au-delà des engagements.

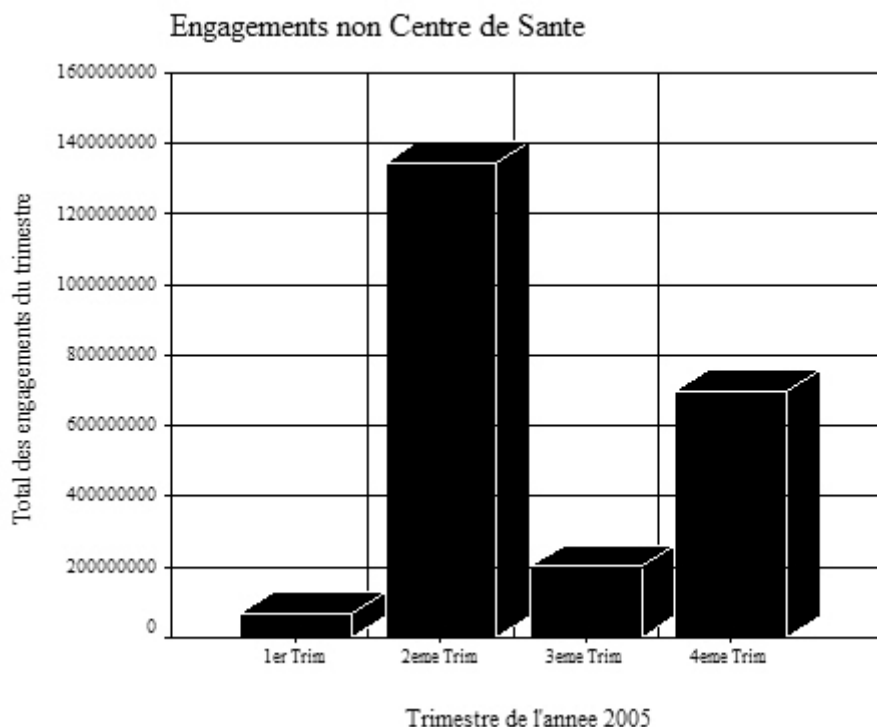
VI.1.1.2.2 Engagement des dépenses « non centre de santé ».

Les dépenses « non centre de santé » constituent le plus gros lot du total observé avec un total de 2.315.804.454 FCFA. Ces dépenses sont engagées timidement le 1er trimestre. Le deuxième trimestre voit un mouvement massif de plus de la moitié de ces dépenses (58% des montants sont engagés au cours du deuxième trimestre après un taux de 3% pour le premier trimestre). Le quatrième trimestre les engagements reprennent fortement après un troisième trimestre calme.

Tableau 17: Dépenses "non centres de santé"

Trimestre des engagements	Montants FCFA
1 ^{er} Trimestre	69.115.714
2eme Trimestre	1.345.199.495
3eme Trimestre	202.330.936
4eme Trimestre	699.158.309
Total	2.315.804.454

Graphique 8: Engagement des dépenses "non centres de santé"



VI.1.1.2.3 Rythme d'engagement de l'ensemble des dépenses observées

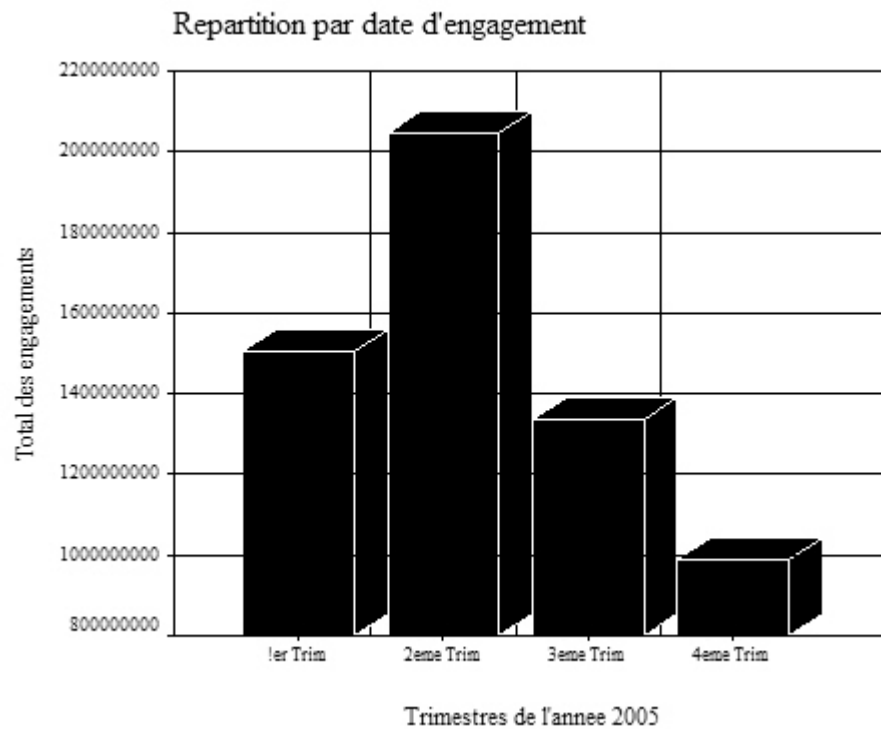
L'enquête s'est intéressée à la répartition dans le temps de l'ensemble des montants engagés. Au niveau de l'ensemble de toutes les rubriques, le rythme est plus équilibré : 25,6% des montants sont engagés le premier trimestre, 34,8% le deuxième trimestre, 22,8% le troisième trimestre, et 16,9% le dernier trimestre.

Tableau 18: Rythme global des engagements

Trimestre	Montant FCFA	% du Montant total	Fréquence des cas
1er Trimestre	1.504.500.182	25.6%	25.6%
2eme Trimestre	2.046.794.669	34.8%	26.8%
3eme Trimestre	1.337.782.563	22.8%	25.6%
4eme Trimestre	990.812.856	16.9%	22.0%
Montant Total	5.879.890.270	100.0%	100.0%

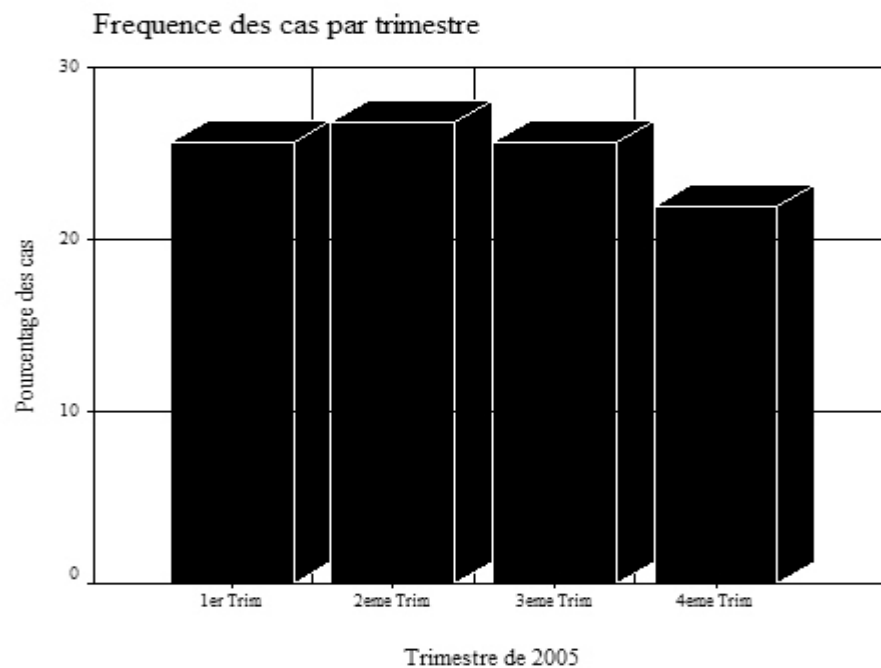
Les montants des engagements commencent timidement le premier trimestre de l'année civile mais auraient dû se faire au rythme de 58% (comme pour les dépenses « non centres de santé ») au second trimestre.

Graphique 9: Répartition des observations par date d'engagement



En termes de nombres d'engagements l'activité a été plus uniforme dans le temps comme, l'indique le graphique suivant :

Graphique 10: Fréquence des cas par trimestre



C'est dire qu'une accélération est possible pour qu'il y'ait très peu d'activité au quatrième trimestre de l'année.

VI.1.2 Procédure de visa des engagements, liquidation et ordonnancement

Le suivi à ce niveau exclut donc les dépenses « non centres de santé », pour se concentrer sur les engagements au tableau 20 en annexe.

L'enquête s'est intéressée aux goulots éventuels dans l'exécution de la dépense publique. A chaque fois à la situation des lignes de crédit exécutées au niveau central (appelées ici « hors des régions »), et à la situation lorsqu'on intègre les lignes de crédit exécutées au déconcentré.

Au niveau des engagements les signatures de l'Ordonnateur et du Chef de Division se font généralement le même jour.

VI.1.2.1 Visa des engagements par le Contrôle financier

Au niveau central, le délai moyen pour le visa du Contrôleur Financier à partir de la date de signature de l'ordonnateur sur les engagements a été globalement d'un peu plus de 9 jours en 2005.

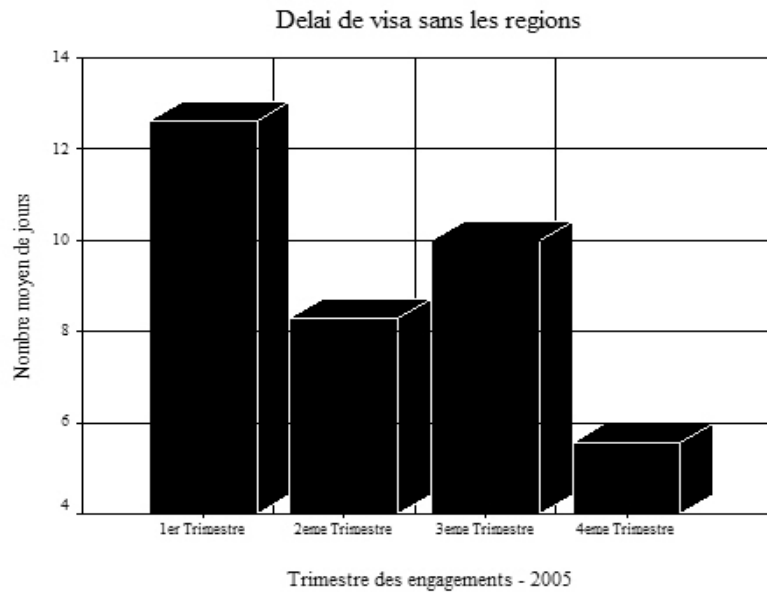
Tableau 19 : Délai de visa au niveau central

Délai moyen de visa du Contrôle sur les engagements (sans les régions)	
Trimestre des engagements	Délai en jours pour le visa
1 ^{er} Trimestre	12.63
2eme Trimestre	8.29
3eme Trimestre	10.00
4eme Trimestre	5.57
Pour l'ensemble	9.31

Au niveau central, les délais les plus longs frappent les engagements effectués le premier trimestre de l'année.

Une légère amélioration est observée pour le second trimestre, mais les délais s'allongent de nouveau au troisième trimestre. La fin de l'année, comme on pouvait s'y attendre, voit les délais se raccourcir au maximum.

Graphique 11: Délai de visa au niveau central



Les délais sont moins longs lorsque les dépenses publiques sont exécutées au niveau déconcentré; de sorte qu'en intégrant ces dépenses le résultat donne un délai moyen amélioré. Le délai moyen observé entre la signature de l'ordonnateur et le visa du contrôleur financier sur les engagements tourne alors autour de 7 jours au premier trimestre et au troisième trimestre de l'année, de 4 jours au deuxième trimestre, et de moins de 2 jours au dernier trimestre.

Le cas de l'hôpital de Diré dans la région de Tombouctou (voir annexe à la page 77) illustre les délais observés pour les dépenses publiques exécutées au niveau déconcentré (dans les régions).

Graphique 12: Délai moyen de visa, les régions incluses

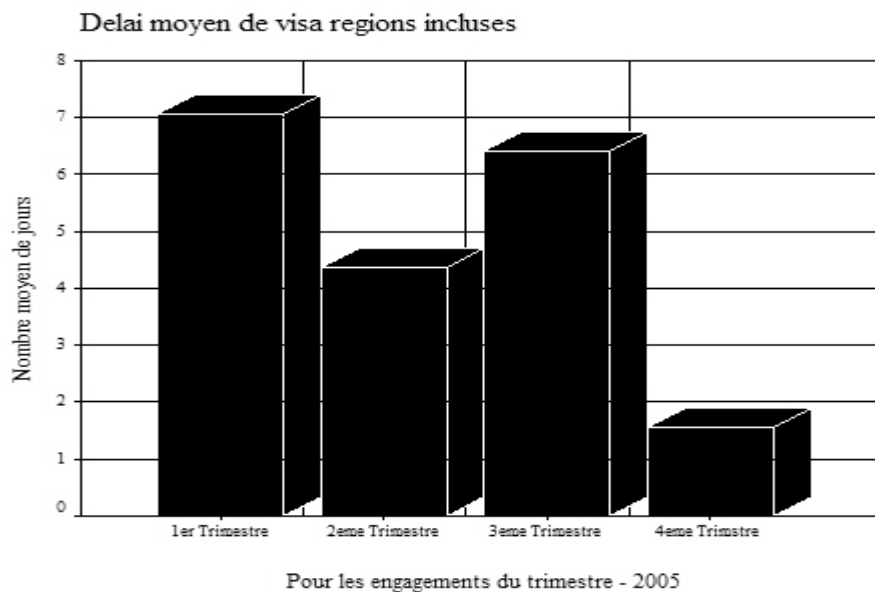


Tableau 20 : Délai moyen de visa y inclus le niveau déconcentré

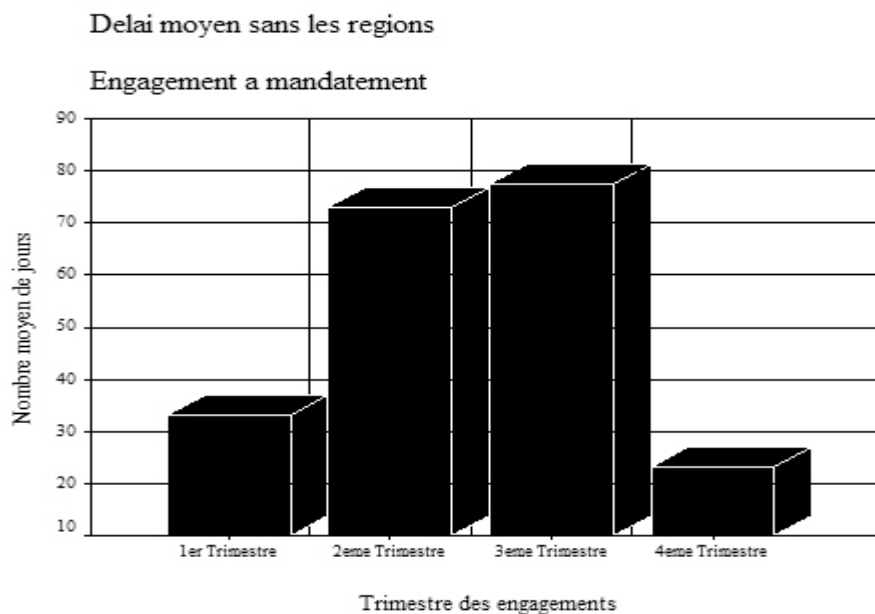
Délai moyen de visa du Contrôle sur les engagements (y inclus les régions)	
Trimestre des engagements	Délai en jours pour le visa
1 ^{er} Trimestre	7.06
2eme Trimestre	4.36
3eme Trimestre	6.40
4eme Trimestre	1.57
Pour l'ensemble	5.06

VI.1.2.2 Liquidation, ordonnancement, et mandatement

Le suivi du flux financier s'est intéressé aux délais entre la signature par l'ordonnateur de l'engagement et la date de signature de l'avis de crédit et du mandat pour le Trésor.

Les délais observés au niveau du visa du Contrôleur Financier sont inclus dans la durée de la procédure.

Graphique 13: Durée moyenne de la procédure au niveau central



Au niveau central, le délai moyen observé est presque de deux mois, les délais les plus longs étant observés au troisième trimestre et les plus courts en fin d'année.

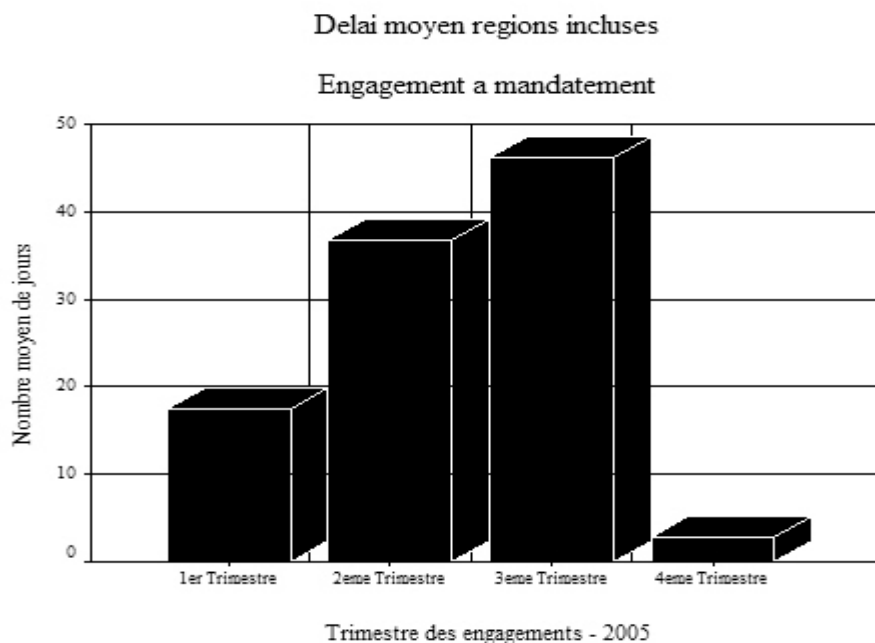
Tableau 21: Durée moyenne de la procédure au niveau central

Délai de la procédure jusqu'au mandatement (sans les régions)	
Trimestre des engagements	Nombre moyen de jours
1 ^{er} Trimestre	33.25
2eme Trimestre	73.00
3eme Trimestre	77.40
4eme Trimestre	3.14
Pour l'ensemble	53.53

L'inclusion des régions va ici encore améliorer les délais de moitié:

Tableau 22: Durée moyenne de la procédure avec les régions

Délai de la procédure jusqu'au mandatement (avec les régions)	
Trimestre des engagements	Nombre moyen de jours
1 ^{er} Trimestre	17.44
2eme Trimestre	36.71
3eme Trimestre	46.20
4eme Trimestre	2.86
Pour l'ensemble	27.45

Graphique 14: Durée moyenne de la procédure avec les régions

VI.1.2.3 Mandatement et paiement

L'enquête ayant finalement obtenu en fin février 2007 un tableau des données du Trésor sur les dépenses ordonnancées par le niveau central en 2005 grâce à la diligence de la Banque Mondiale, il a été possible de voir les performances et les délais au niveau du paiement par le Trésor.

L'enquête a examiné le délai entre la date de mandatement et la date de prise en charge (PEC) par le Trésor, et le délai entre la date de PEC et la date de paiement aux tiers bénéficiaires.

Le tableau du Trésor a confirmé que certaines des dépenses mandatées le 31/12/2005 n'ont pas fait l'objet de paiement aux tiers bénéficiaires (le bénéficiaire dans le tableau est libellé « Payeur Général » et aucune date de paiement n'apparaît). Dans l'analyse des délais de tels cas sont considérés « observations non valides ».

Sur 32 observations concernées dans ce tableau, 3 sont des « observations non valides » :

- Mandat 4914 pour moustiquaires imprégnés large rectangulaires pour la DNS au montant de 49.000.000 FCFA a été prise en charge le 31/12/2005, mais n'a été payé à aucun fournisseur par le Trésor.
- Mandat 4901 pour équipements destinés à 25 CSCOM de la région de Kayes au montant de 86.178.750 FCFA a été prise en charge le 31/12/2005, mais n'a été payé à aucun fournisseur par le Trésor.
- Mandat 4909 pour lits d'hospitalisation Point G au sommet France- Afrique pour 35.600.000 FCFA concerne une dépense classée « Non Centre de Santé » ; il n'a pas été payé à un fournisseur par le Trésor.

Les 29 autres donnent le tableau ci-après.

Tableau 23: Niveau central - Délais de traitement des mandats au Trésor

Trimestre de la date de visa du contrôle financier sur le mandat	Nombre de cas observés	Nombre moyen de jours entre date de contrôle du mandat et date PEC au Trésor.	Nombre moyen de jours entre date PEC au Trésor et date de paiement au Bénéficiaire.
Trimestre 2	8	14	19
Trimestre 3	5	6	18
Trimestre 4	16	3	31
Sur l'année 2005	29	7	25

Il apparaît au vu de ce tableau que :

- Les mandats n'ont commencé le circuit du Trésor que le deuxième trimestre 2005.
- Le délai moyen entre la date de visa du Contrôle Financier sur le mandat et la date de PEC au Trésor a décru de 14 jours au second trimestre, à 3 jours au quatrième trimestre 2005.
- Le délai moyen entre la date de PEC et la date de paiement du mandat au bénéficiaire a été de 18 à 19 jours sauf au quatrième trimestre où ce délai s'est allongé pour passer à 31 jours pour les mandats payés.
- Dans l'ensemble au cours de l'année 2005 le délai moyen entre la date de visa du Contrôle Financier sur le mandat et la date de paiement par le Trésor au bénéficiaire a été de 32 jours dont 7 jours pour la PEC.

VI.2 LE SUIVI MATERIEL

Les dépenses publiques ont cette spécificité que la liquidation, qui a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter son montant et sa date d'exigibilité, n'est faite par les ordonnateurs de crédits que lorsqu'ils se sont assurés que le bien est livré ou le service effectué. Ceux – ci certifient la réalité du service fait sous leur responsabilité. Mais, afin de permettre de détecter ou d'empêcher des fausses certifications de service fait, le contrôle financier est chargé de procéder au contrôle des liquidations faites par les ordonnateurs de crédits. Ainsi au moment où le mandat est établi, le bien et/ou le service peuvent déjà faire l'objet d'un suivi au niveau du flux matériel.

La difficulté ici est que les Centres de Santé qui sont notre cible sont des bénéficiaires potentiels des dépenses objet des lignes de crédit, mais ne sont pas des destinataires des lignes de crédit (appelés services dépensiers) comme le montrent les pages 20 et 21. Les enquêteurs n'ont pas pu obtenir les bordereaux de ventilation auprès des services dépensiers. Pire au niveau des centres de santé là où ils ont pu obtenir des bordereaux de livraison, ceux-ci ne mentionnent ni la facture, ni le marché, ni la ligne de crédit ; seuls les quantitatifs sont mentionnés (aucune valeur monétaire).

VI.2.1 Achat et distribution de moustiquaires

Les achats de moustiquaires imprégnés et de produits d'imprégnation totalisent 194.010.000 FCFA en 2005 :

- Le 14 juillet 2005 la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé a procédé à des engagements de dépense sur la ligne « Ressources PPTE – Lutte contre le paludisme » pour deux marchés de 49.950.000 FCFA hors taxes chacun, soit un total de 99.900.000 FCFA portant sur 10.000 moustiquaires imprégnées de forme conique et 10.000 moustiquaires imprégnées de forme rectangulaire.

- Les bordereaux de livraison de ces moustiquaires sont signés le 22 Août 2005 par les membres d'une commission composée de Dr Dakono Georges, DNS/PNLP, de Sitan Traoré, DNS/PNLP et de Mariama Traoré, Contrôleur des Finances.
- Le 9 août 2005 la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé a procédé à des engagements de dépense sur la ligne « Ressources PPTE – Lutte contre le paludisme » pour un marché de 45.110.000 FCFA hors taxes portant sur l'achat de produits d'imprégnation pour la DNS
- Enfin le 31 Octobre 2005. la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé a procédé à des engagements de dépense sur la ligne « Autres dépenses de matériel » pour un marché de 49.000.000 FCFA hors taxes portant sur l'achat de moustiquaires imprégnés de forme rectangulaire destinés à la DNS (le marché dont nous avons obtenu copie ne précise pas de quantité à livrer par Ets BEE – Sago Gassama Amady), et il a été notifié le 18 novembre 2005. Nous n'avons pas vu de bordereaux de livraison pour cette dépense. Le mandat de paiement pour cet engagement n'a pas été payé au fournisseur Ets BEE – Sago Gassama Amady par le Trésor. Cette dépense n'est pas arrivée à destination.

L'enquête s'est intéressée au suivi des autres moustiquaires :

Au niveau de la DAF et de la DNS nous n'avons à ce jour pas pu obtenir de bordereaux de ventilation permettant de savoir si et comment au moins les 20.000 moustiquaires ont été ventilés vers les Centres de Santé.

Les enquêteurs ont trouvé dans les magasins de certains CSCOM des ballots en vrac de moustiquaires mais il n'y avait aucune comptabilité matière permettant de dire si ce sont des moustiquaires de 2004, 2005 ou 2006 ou au moins qui les a fournis.

A l'intérieur du pays la distribution de moustiquaires par l'UNICEF a souvent été citée comme un des faits les plus marquants au niveau des Centres de Santé. En plus de l'UNICEF, l'enquête a rencontré des cas de distribution par la Coopération Néerlandaise et des ONG comme Taguna (exemple Koutiala). Ces distributions ne sont pas prises en compte dans le budget de l'Etat. Elles sont faites directement par les institutions à travers les DRS.

En dépit de cette multiplicité d'intervenants (le cas de l'USAID étant mis de côté du fait que les moustiquaires fournies avec l'aide de l'USAID sont fournies sous forme de vente et que la distribution implique des ONG), il n'existe dans les Centres de Santé visités ni bordereaux de livraison, ni fiches de suivi, ni fiches de stock ou de mouvements de stock.

Des informations informelles obtenues au niveau de la DNS indiquent que parmi les cinq régions enquêtées seule la région de Sikasso avait été dotée en moustiquaires PPTE en 2005. Sur le terrain, l'un des rares endroits à indiquer avoir reçu des moustiquaires de la DNS en 2005 est la Direction Régionale de la Santé de Sikasso. Mais le magasinier interrogé a été incapable de nous en donner le nombre et l'origine précise ou de nous en montrer l'entrée en stock dans son magasin ; sur notre insistance il a expliqué qu'à leur

arrivée les moustiquaires ont été déposées dans une salle de réunion et n'ont pas été livrées à son magasin.

Grâce à la coopération des cadres de la Direction régionale de la Santé de Sikasso, cependant les enquêteurs ont pu obtenir une situation de moustiquaires réparties dans les districts sanitaires de la région au titre de l'année 2005 et donnant :

Tableau 24: Liste de distribution de MII dans la région de Sikasso

District sanitaire	Qté reçue DNS	Qté livrée Dist. S	Manquant	Origine		
				Coop. Belge	Coop. Néerlandaise	PPTE
Bougouni	16.730	16.730	0		10.882	5.848
Kadiolo	1.399	1.399	0			1.399
Kolondieba	5.938	5.921	17		4.570	1.368
Koutiala	8.110	8.110	0		6.631	1.479
Sikasso	1.479	1.479	0			1.479
Selingue	5.000	5.000	0	5.000		
Yanfolila	10.000	10.000	0	10.000		
Yorosso	6.379	6.379	0		4.953	1.426
Total	55.035	55.018	17	15.000	27.036	12.999

Ainsi l'enquête a donc pu trouver sur le terrain l'évidence de l'arrivée de 12.999 moustiquaires aux districts de santé de la Région de Sikasso qui pourraient provenir des 20.000 moustiquaires de la DNS/PNLP de 2005.

Le système de distribution des moustiquaires ne permet malheureusement pas un suivi jusqu'à la population destinataire. D'où de grandes déperditions au niveau des districts. Par exemple la liste de distribution donne 5.000 moustiquaires pour Sélingué alors que Sélingué affirme n'avoir rien reçu.

La politique de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées (MII) aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans dans les services de santé est effective sur le terrain aux dires des populations interrogées. Mais les fiches de suivi sont inexistantes et sur le terrain l'enquête a révélé que au lieu de fournir une moustiquaire à la femme enceinte et une moustiquaire à l'enfant de moins de 5 ans, une seule moustiquaire était parfois livrée.

Les systèmes de distribution de moustiquaires les plus performants observés sur le terrain sont :

- L'UNICEF du fait que dans tous les centres de santé les responsables ont salué la fourniture de moustiquaires par l'UNICEF.

- L'USAID qui passe par des ONG (PSI, NetMark et PKC) travaillant avec des médecins, sages-femmes, pharmaciens, chefs de DRC dans un système formalisé de vente subventionnée.
- La coopération Néerlandaise qui, à travers la FENASCOM et les ASACO, a permis de développer des aires de santé encadrées avec des réseaux de promotion de moustiquaires imprégnées au niveau de ces aires de santé.

VI.2.2 Achat et vente de médicaments

Cette activité a porté sur 1.959.345.228 FCFA, soit 4% des 42.318.305.000 FCFA budgétisés pour le Ministère de la Santé en 2005. De ces 1.959.345.228 FCFA :

- Plus de 79% pour des achats libellés IMARV et ARV et de « fluides médicaux » par la Direction de la Pharmacie et des Médicaments.
- Plus de 11% pour des achats sur « Subventions non classées – dépenses PPTE » libellés divers vaccins dits UNICEF au niveau des fiches d'engagement des dépenses.
- Donc au plus 10%, plus précisément 175.764.482 CFA, pour des achats de « médicaments essentiels, vaccins et consommables médicaux » dans le cadre du 4eme Contrat Plan PPM par la Direction Administrative et Financière sur « Fonds PPTE ».

C'est dire qu'au plus 10% du montant total de la dépense sur cette activité pourrait se retrouver au niveau des CSCOM et CSRéf au cours de l'enquête. Ce montant n'a été engagé que le 26 décembre 2005 avec visa du mandat de paiement par le Contrôleur Financier le 31 décembre. Les données du Trésor indiquent que le paiement a eu lieu le 18 janvier 2006. L'examen des bordereaux de ventilation devrait permettre de savoir si nos régions étaient concernées et conclure quant à l'arrivée à destination de cette dépense.

Mais sur le terrain, à part les appuis de l'UNICEF et de certains bailleurs de fonds à travers les plans opérationnels, les CSCOM et les CSRéf affirment n'avoir plus reçu de médicaments du budget national de la santé depuis que la dotation initiale a été mise en place.

VI.2.3 Matériel et équipement médical

Interrogés sur les contraintes, les responsables des CSCOM et CSRéf ont souvent identifié des problèmes de tensiomètre, de manque d'équipement, de mauvais état de la table d'accouchement, et de local.

L'enquête a identifié pour 2005 un montant de 586.257.606 FCFA pour cette activité se composant de :

- Un montant de 237.556.548 FCFA a permis au Ministère d'acheter pour des Centres de Santé identifiés (tous sauf Bougouni en dehors de la zone retenue par les TDR) le matériel suivant :
 - Table anesthésie CSRéf Commune V
 - Autoclave CSRéf Bougouni
 - Appareil radiographie et échographie CSRéf Nioro
 - Climatiseur + ordinateur portable CSRéf de Nioro
 - Moto et réfrigérateur à pétrole CSCOM Sakoro
 - Matériel médical pour des CSRéf de Bamako

- Un montant de 281.478.058 FCFA pour des équipements destinés à 25 CSCOM dans la région de Kayes qui fait partie des régions enquêtées. De ce total 86.178.750 CFA objet du mandat 4901 n'a pas été payé par le Trésor à un fournisseur. Cette dépense, qui représente environ 30% du total de la rubrique, n'est pas arrivée à destination.

- Un montant de 67.223.000 FCFA pour diverses autres dépenses (lits d'hospitalisation au Point G pour le sommet France Afrique, trois motos pour l'ESS de Kayes. Douze incinérateurs et accessoires pour la DNS et des frais d'installation de la morgue de Bougouni). Un montant de 35.600.000 CFA comme vu au niveau du Paiement par le Trésor correspond à une dépense qui n'est pas arrivée à destination ; mais elle ne concerne pas les Centres de Santé.

Nos enquêteurs ont testé l'arrivée de la dépense d'équipements pour les équipements destinés aux 25 CSCOM dans la région de Kayes pour voir si les établissements de notre échantillon en ont bénéficié.

Partout où ils ont enquêté ils ont trouvé des bordereaux de livraison 2005 de « matériel médical, matériel général et mobilier général » du Directeur Régional de la Santé de Kayes aux Médecins Chef des CSCOM et CSRéf avec des quantitatifs, mais sans autre référence. La plupart de ces bordereaux sont datés de février, mars, juin 2005, alors que la dépense qui nous intéresse n'a été engagée que le 8 septembre 2005. Il est probable donc que la dépense ait fait l'objet de livraison sur les bordereaux datés de novembre 2005 et retrouvés sur place concernant des réchauds à pétrole, des pinces, des spéculum, des trousses de matrones, des bassins et pots pour bassins de lits, etc.... Les enquêteurs n'ayant pu obtenir de bordereaux de répartition depuis le niveau central, nous ne pouvons que supposer puisque les responsables locaux ne pouvaient pas répondre.

La dépense pour matériel et équipement destinée aux CSCOM et CSRéf en 2005 est ainsi estimée vraisemblablement arrivée à destination à moins de 70% (voir observation sur le mandat 4901), mais la traçabilité est rendue difficile par l'absence de précision sur les bordereaux de livraison.

L'enquête auprès des Centres de Santé a révélé qu'il existe un sérieux problème de maintenance des équipements médicaux. Les frais récurrents liés aux besoins d'entretien

et de réparation en général pour le bon fonctionnement d'un système de santé ne sont prévus ni dans le fonctionnement local ni dans le fonctionnement central.²

VI.2.4 RACS et césarienne

La gratuité de la césarienne est effective sur le terrain et les dépenses concernées arrivent à destination (ce sont des remboursements), puisque les responsables des centres de santé visités n'ont nulle part mentionné de problèmes de remboursement et puisque les enquêteurs ont vu au niveau de la Direction Régionale du Budget (DRB) des bordereaux de paiement signés des bénéficiaires.

Quant aux RACS, il aurait fallu les intégrer au matériel et équipement médical. Mais leur relation avec la césarienne nous a conduit à les mettre ensemble. En 2005 la dépense pour les RACS a été entièrement pour la région de Kayes. L'enquête a trouvé que les RACS de certains CSCOM sont en panne depuis plusieurs mois et des fois ne peuvent plus être réparées du fait de l'absence de maintenance adéquate.

VI.2.5 Frais de fonctionnement des Centres de Santé

Parmi les différentes rubriques de dépenses dans le suivi, une rubrique était intitulée « frais de fonctionnement des centres de santé ». Elle totalise zéro et c'est pour cela qu'elle n'apparaît pas dans la récapitulation.

Les CSRéf et les CSCOM fonctionnent avec les ressources générées par les prestations médicales et les ventes de produits pharmaceutiques (recouvrement des coûts). Les centres de santé ayant un bon rythme d'activités et de fréquentations se disent satisfaits du recouvrement des coûts mais ajoutent souvent que la rentabilité souffre du coût d'entretien élevé du centre. Par contre pour d'autres centres les activités sont au ralenti, sauf les jours de marché ; pour ces centres de santé le recouvrement des coûts est jugé peu satisfaisant et le fonctionnement en souffre.

Le budget 2005 avait prévu une enveloppe de 38.427.000 FCFA pour le fonctionnement des services, les frais de transport et l'entretien des bâtiments de l'hôpital de Diré (Région de Tombouctou), unité fonctionnelle 6-5-0-0731-060-0120. Les enquêteurs se sont penchés sur l'arrivée d'un échantillon d'environ 21 millions FCFA de cette enveloppe budgétaire (voir annexe). Le constat est que tout s'est bien passé et que les engagements, mandatement et paiements ont été effectués trimestriellement et dans les normes à partir de février 2005 même si le fournisseur est resté le même pour toutes les fournitures et toutes les prestations.

VI.2.6 Salaires des médecins contractuels

² Dans les "observations spécifiques" reçues de la DAF de la Santé, cet avis est contesté (voir Annexe)

La liste des agents recrutés sur fonds PPTE en activité en 2005 a permis de constater que les éléments payés étaient effectivement en activité même si les enquêteurs ont souvent trouvé le médecin en déplacement.

Nous avons étendu le suivi aux dépenses pour les autres contractuels payés sur fonds PPTE (y inclus les agents socio sanitaires). C'est pourquoi la rubrique suivie « Contractuels » (y inclus les médecins contractuels) totalise 444.469.659 FCFA dont :

- 40.320.495 FCFA sur « Dotations PPTE ».
- 404.149.164 FCFA sur « Développement des ressources humaines – PPTE » de la DAF.

Ce sont des dépenses qui de par leur nature (salaires) font l'objet de nombreux engagements et de mandatements encore plus nombreux.

Les dates observées pour les premiers engagements sur ces dépenses sont le 9 février et les 15 et 16 mars 2005 ; d'où le décalage d'un trimestre expliquant les retards de 2 à 3 mois signalés aux enquêteurs.

L'enquête a ainsi constaté, au vu des engagements de dépenses de salaires, que les médecins contractuels payés en 2005 sur fonds PPTE l'ont été avec des fois 2 à 3 mois de retard, mais régularisés plus tard.

Interrogés sur les opportunités et les contraintes les CSCOM et CSRéf ont souligné le caractère démotivant de leurs conditions de rémunération et du fait que les autres agents (non contractuels PPTE), qui eux sont payés par la mairie, accusaient souvent des retards de 12 à 20 mois dans la perception de leurs salaires.

De nombreux problèmes liés au statut du personnel se posent aux CSCOM, et ceux répertoriés par les enquêteurs ont déjà été plus largement évoqués dans l'Etude sur les coûts induits du Cabinet d'Assurances pour le Développement Intégré au Sahel (CADIS) de mai 2006. Retenons entre autres:

- La non formalisation de la gestion du personnel nuit au bon fonctionnement des CSCOM
- Les effectifs quelques fois pléthoriques et peu qualifiés, du fait que les recrutements ne tiennent pas compte de critères rationnels mais plutôt de liens subjectifs, expliquent en partie les longs retards dans le paiement des salaires des agents non contractuels PPTE.
- L'absence de plans de carrière et l'insécurité de l'emploi couplées avec le fait que même les agents contractuels PPTE se sentent lésés par rapport aux agents PPTE des autres secteurs tels que l'Education et par rapport aux agents de l'Etat.
- Le cas des matrones et des aides-soignants ; face au retard de près de 20 mois de leurs salaires, certains peuvent être tentés par des comportements déviants (vols, malversations, activités parallèles...).

VI.2.7 Campagnes et journées

La multiplication des journées et campagnes (tuberculoses, trachome, hygiène et salubrité, épidémie de choléra de Nara, vaccinations) se reflète dans le poids financier de cette rubrique par rapport aux montants des délégations de crédits envoyés dans les régions. Le tableau 12 montre que 229.828.600 FCFA sur 1.039.284.586 FCFA, soit plus de 22% de ces délégations de crédit concernent cette rubrique. Les soins curatifs et ambulatoires des CSRéf et CSCOM sont souvent relégués au second rang au moment de ces activités qui permettent d'avoir des perdiems et du carburant.

En plus l'enquête a révélé que dans ce cadre à Koulikoro, toute la procédure des finances publiques a été suivie jusqu'à la sortie de l'argent (plus de 60 millions FCFA en tout) pour les rubriques journées mondiales tuberculose, stratégie nationale d'élimination du trachome, campagne d'éradication du ver de Guinée, campagne vaccination TMN, Direction Régionale de la Santé pour hygiène et salubrité publique. Mais les enquêteurs ayant vu que ces activités n'ont pas été menées sur le terrain en 2005, l'explication qui leur a été donnée est que les sommes sorties ont été utilisées pour l'épidémie de choléra de Nara ; si même c'était le cas alors la procédure aura été déviée.

VII ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

VII.1 PLANIFICATION

La préparation du budget du Ministère de la Santé se fait en principe sur la base des besoins exprimés par les services bénéficiaires et d'un canevas défini par le Ministère de l'Economie et des Finances. Elle doit aussi en principe intégrer les besoins de planification du PRODESS.

L'enquête avait une section sur l'expression des besoins au niveau des services bénéficiaires de la dépense publique ; cette section n'a jamais été renseignée correctement car les CSCOM et CSRéf, reçoivent des produits de la dépense sans être associés à l'expression des besoins. Cependant l'expérience de l'élaboration des PO dans le cadre du PRODESS II montre que la base peut être associée à l'expression des besoins, de sorte que quand ils reçoivent les crédits ou biens et services, ils s'approprient mieux la dépense.

L'existence de deux processus de planification à savoir : les PO et la préparation de la Loi de Finances Initiale (LFI) ne permet pas de suivre une approche sectorielle tant souhaitée par le Ministère de la Santé. Il faut arriver à les faire coïncider comme ce fut le cas pour 2007.

C'est pourquoi nous recommandons aux partenaires techniques et financiers, en préalable à une bonne planification annuelle au niveau région (PO) associée à l'expression des besoins pour la Loi de Finances, d'appuyer le Ministère de la Santé pour préparer la tenue d'un premier atelier pour l'élaboration des Plans Régionaux de Développement Sanitaire et Social (PRDSS). Le but est de produire un document majeur de haute qualité et de

grande portée permettant de doter chaque région du pays, d'un plan stratégique adapté à la situation épidémiologique locale, au contexte de l'offre et de la demande de soins, conformément à la mise en œuvre des volets techniques du PDDSS. Une fois que ces spécificités régionales auront été définies en termes stratégiques et opérationnels, il sera plus facile d'envisager des expériences de contractualisation entre les DRS et le niveau central d'une part, et entre les DRS, les prestataires techniques et financiers de soins et les organismes payeurs locaux d'autre part. Cela facilitera aussi le cadrage budgétaire au niveau des CROCEPS.

VII.2 MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

L'analyse des dépenses qui arrivent au niveau des CSCOM et des CSRéf renforce la perception qu'au-delà du problème des moustiquaires où l'arrivée de la dépense indique des déperditions importantes, un des problèmes majeurs est la faiblesse de la part allouée aux dépenses destinées aux structures que sont les CSCOM et les CSRéf par rapport à l'ensemble des dépenses de santé du Gouvernement : le suivi pas à pas nous a conduit à un maximum possible de 3,5 milliards FCFA pour les régions enquêtées sur un total de plus de 42 milliards de dépenses de santé du Gouvernement en 2005.

Une autre observation tirée de l'enquête concerne le poids, trop important par rapport à la contribution de l'Etat, du financement extérieur de la santé publique au Mali.

- La part du budget sur financement BSIE est presque 50% des 42 milliards de budget de la santé en 2005, et le taux d'exécution de ce poste en 2005 a été très faible (faute de données du Trésor nous ne pouvons le quantifier).
- Un extrait du PO de 2006 pour la région de Mopti donne en milliers de FCFA la participation ci-après des acteurs au PRODESS :

Acteurs	Budget prévu	Pourcentage	Fonctionnement	Investissement
Etat	886.661	31%	853.161	33.500
Recouvrement	80.939	3%	77.739	3.200
Communautés	25.396	0.87%	23.096	2.300
Collectivités	71.042	2%	59.542	11.500
Partenaires	1.839.388	63%	1.252.249	587.139
TOTAL Mopti	2.903.426	100%	2.265.787	637.639

La part du recouvrement des coûts et des communautés et collectivités reflète la réalité des potentialités sur le terrain. L'Etat contribue la moitié de la part des partenaires financiers extérieurs.

- Parmi les lignes suivies (tableau 15) la part des fonds PPTE fait plus de 30%.

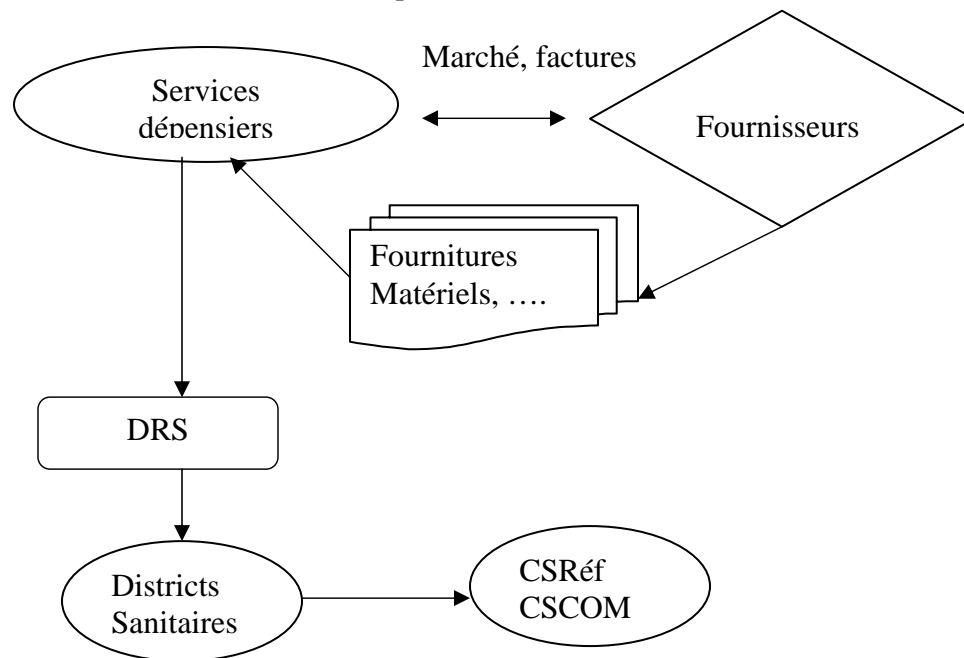
Il faut absolument arriver à inverser les tendances actuelles du système de financement de la santé de manière à le rendre moins tributaire du financement de l'extérieur.

Nous recommandons fortement de faire participer les acteurs de la santé des secteurs : associatif, confessionnel et privé, au processus de gestion des financements extérieurs en mettant en place un Fonds d'Appui à la Promotion de la Santé (FAPS).

VII.3 MISE EN PLACE DES CREDITS BUDGETAIRES

Le niveau actuel de la déconcentration et de la décentralisation empêche les structures sanitaires du niveau local (CSRéf, CSCOM...) d'être gestionnaires directes de leurs crédits. Conséquence : ces structures (CSRéf, CSCOM et Districts sanitaires) ne peuvent se contenter que de livraisons de fournitures et de matériels.

Schéma 2 : Chemin de la dépense vers les CSCOM et CSRéf



Pour assurer une meilleure efficacité de la dépense publique, il serait important de donner plus de pouvoir à ces structures pour gérer directement les crédits qui leur sont alloués ou tout au moins les tenir informés des crédits qui leur ont été alloués à travers une publication des délégations de crédits dans les journaux ou un affichage sur les places publiques. Il faut aussi penser à la présence de services administratifs et financiers formés et responsables (détachés par le Ministère des Finances ?) à leurs côtés.

Les fiches d'enquête avaient prévu le suivi et l'analyse des marchés publics. Mais les enquêtes sur le terrain ont montré que tous les marchés sont exécutés au niveau central. Il est vivement recommandé au Ministère de l'Economie et des finances d'envisager l'exécution des marchés publics au niveau régional.

VII.4 PROCEDURE D'EXECUTION DE LA DEPENSE PUBLIQUE

L'enquête a révélé des points forts et des points faibles, résumés dans le tableau ci-après, de la procédure ; ce sont autant d'opportunités et de contraintes pour l'arrivée de la dépense publique à destination.

Tableau 25: Forces et faiblesses du système

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
1. Important textes législatifs et réglementaires visant à renforcer la gestion de la dépense publique au niveau déconcentré (décrets et arrêtés)	1. Retard au niveau du Ministère de la santé dans le processus de la déconcentration budgétaire par rapport à certains secteurs prioritaires tels que l'éducation
2. Budget du secteur bien connu et maîtrisé par le niveau central (DAF)	2. Exécution d'une bonne partie des budgets régionaux au niveau central (moustiquaires, médicaments, certains matériels médicaux...)
3. Bonne tenue de la comptabilité matière et budgétaire au niveau central	3. Manque de traçabilité des biens achetés au niveau central pour les établissements sanitaires déconcentrés (directions nationales vers les CSRéf et CSCOM)
4. Dotation des délégations de crédit globalement satisfaisant dans l'esprit de la déconcentration	4. Répartition déséquilibrée des crédits entre le niveau central et le niveau régional d'une part et entre les régions d'autre part
5. La prise en charge d'une catégorie du personnel des CSCOM (contractuels) par les ressources PPTE	5. L'inexistence ou la non application de textes régissant le personnel recruté. L'inexistence ou la non application de textes régissant le personnel recruté sur fonds PPTE au niveau déconcentré (mairies, ASACO, CSCOM....)
6. L'acceptation par un nombre de plus en plus croissant de partenaires de l'appui budgétaire comme modalité de mise en place de leurs financements au secteur de la santé facilitera la mise en œuvre du PRODESS II et la concrétisation de l'approche sectorielle choisie par le Ministère de la Santé	6. La faiblesse du processus de planification actuelle tant au niveau central qu'au niveau régional ne permet pas une bonne répartition des ressources entre le niveau central et les régions d'une part, et entre les régions d'autre part

VII.5 ARRIVEE ET UTILISATION DE LA DEPENSE DE SANTE DANS LES CENTRES DE SANTE (CSCOM ET CSREF)

Les CSCOM et les CSRéf reçoivent donc des fournitures, du matériel et de l'équipement médical depuis le service dépensier central ou régional à travers la Direction Régionale de la Santé (DRS) et les districts sanitaires (des fois à travers les CSRéf pour les CSCOM ruraux). C'est autant de possibilités de déperditions pour des produits à valeur marchande tels que les moustiquaires et les médicaments. Il serait bon dans de tels cas d'améliorer le traitement des bordereaux de livraison afin qu'ils puissent renseigner sur la commande et la dépense (bon d'achat, références du Marché, service dépensier, etc....) tout le long de la chaîne jusqu'au service destinataire final ; sans cela la traçabilité devient difficile au niveau matériel.

L'enquête sur le suivi financier a rencontré de nombreux cas de dépense engagés qui ne sont mandatés que le 30 ou le 31 décembre 2005.

C'est le cas d'une des dépenses de moustiquaires pour 49.000.000 FCFA hors taxes, et d'une dépense de 86.178.750 FCFA pour équipements destinés à 25 CSCOM de la région de Kayes. Ce sont des dépenses qui se sont avérées n'être pas arrivées à destination du fait d'un « goulot d'étranglement » au niveau central.

Ajouté aux déperditions du fait de la non traçabilité dans l'acheminement et le processus de distribution, et à la multiplicité des intervenants dans la fourniture de moustiquaires, par exemple, ceci est indicatif d'une situation où probablement à peine 35% de la dépense de 195 millions FCFA de moustiquaires en 2005 est arrivée jusqu'à la femme enceinte et à l'enfant de moins de 5 ans.

Pour les médicaments comme pour les moustiquaires, le système de distribution et le système d'acheminement ont besoin d'être revus pour une plus grande transparence et un suivi efficace apte à décourager les déperditions. Une communication publique des tableaux de répartition et des approvisionnements afin que dans chaque CSCOM ou CSRéf la population (ASACO, FERASCOM, FENASCOM) sache ce qui doit revenir à son centre de santé serait déjà un pas positif.

Il faudra aussi éviter de fractionner la dépense en plusieurs petits marchés comme il a été observé pour les moustiquaires en 2005.

Les engagements sur les lignes de crédit peuvent se faire avec plus de vigueur au premier trimestre et au deuxième trimestre afin de n'avoir que des engagements exceptionnels le dernier trimestre de l'année (Tableaux 18 et 19, graphiques 8 et 9).

Les délais administratifs de l'engagement jusqu'au mandatement de la dépense peuvent être améliorés au niveau central car ils sont beaucoup plus courts au niveau des régions. Pour la livraison des biens et services ceci permettrait l'arrivée à temps de la dépense au niveau des populations bénéficiaires (Tableaux 23 et 24)

Quant aux délais pour la procédure de paiement ils affectent la qualité de la dette intérieure et des relations avec les fournisseurs. L'enquête a révélé, qu'au niveau central, au cours de l'année 2005 le délai moyen entre la date de visa du Contrôle Financier sur le

mandat et la date de paiement par le Trésor au bénéficiaire a été de 32 jours dont 7 jours pour la PEC.

D'autre part les procédures ont permis de réfléchir sur les responsabilités des comptables du Trésor. En tant que payeurs, les comptables chargés du paiement des dépenses publiques procèdent au contrôle avant paiement de la régularité de la dépense ; en tant que caissiers, ils effectuent le paiement entre les mains du véritable créancier de l'Etat. Dans l'exercice de cette double fonction donc ils encourent une responsabilité personnelle et pécuniaire, en vertu de laquelle ils sont fondés à refuser le paiement de toute dépense jugée irrégulière et n'effectuer le paiement qu'entre les mains du véritable créancier.

La responsabilité personnelle et pécuniaire qui n'incombe qu'au comptable est de toute évidence lourde de conséquences. Les irrégularités commises en matière de dépenses publiques peuvent être l'œuvre des ordonnateurs et administrateurs de crédits. Ce fait peut constituer un goulot d'étranglement.

C'est pourquoi, il est recommandé de mettre en place un régime de responsabilités partagées applicable à tous les intervenants du processus de la dépense publique.

Les dépenses déléguées au niveau déconcentré sont exécutées avec plus d'efficacité. Nous encourageons ce mouvement de délégation pour les dépenses destinées aux CSCOM et CSRéf; mais il faudra veiller à ce que le contrôle financier du niveau central s'exerce par des inspections régulières pour éviter des situations comme celle de Koulikoro. D'où l'intérêt de mettre en place une structure d'audit au niveau central directement rattaché au cabinet du Ministre de la santé.

Même lorsque les fournitures et équipements arrivent aux centres de santé, les problèmes actuels de gestion des centres de santé sont de nature à empêcher la population ciblée d'en bénéficier du fait des attitudes déviantes :

- Absence de comptabilité matière même rudimentaire
- Pas de gestion de stocks au niveau de la pharmacie
- Personnel démotivé
- Non application des textes règlementant la création, le fonctionnement, la gestion et le financement des CSCOM et des textes précisant les rôles et responsabilités des uns et des autres.

Il faudra donc analyser plus profondément ces problèmes et leur trouver une solution afin d'améliorer l'arrivée de la dépense publique de santé aux populations bénéficiaires.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1: LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	58
ANNEXE 2 : ETAT DES DEPENSES LIBELEES "NON CENTRES DE SANTE"	63
ANNEXE 3 : BORDEREAU DE LIVRAISON AUX CSCOM ET CSREF	64
ANNEXE 4 : TERMES DE REFERENCE (TDR)	65
ANNEXE 5 : MARCHE DE FOURNITURES DE MOUSTIQUAIRES	67

ANNEXE 1: LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

N°	Prénom et Nom	Structure	Fonction	Adresse	
				Téléphone	E-mail
1	Tonia MAREK	Banque Mondiale	Lead Public Health of Mali	640 45 93	tmarek@worldbank.org
2	Alassane DIAWARA	Banque Mondiale	Manager Office Country		adiawara@worldbank.org
3	Atou SECK	Banque Mondiale	Education Economist	623 61 24	aseck2@worldbank.org
4	Daba DIAWARA	Ministère de la santé	Secrétaire Général du MS	673 02 96	ddsegal@minsantemali.org
5	Adama Yacouba TOURE	DAF/MS	Directeur de la DAF	613 89 84	
6	Koniba DIARRA	DAF/MS	Directeur Adjoint de la DAF	641 79 69	
7	Souleymane TRAORE	DAF/MS	Chef division Finances	674 88 75	dafsante_soul@yahoo.fr
8	Alamir TOURE	DAF/MS	Chargé de la Comptabilité Matière	674 03 09	alamirtoure@yahoo.fr
9	Etienne KOULIBALY	DAF/MS	Chef du personnel	671 13 66	
10	Allay BAH	DAF/MS	Chef section chargé des Marchés Publics	674 88 72	allayodeorobaf@yahoo.fr
11	Lamine Koulibaly	DAF/MS	Chargé des Marchés Publics	645 37 06	
12	Keita Fanta SACKO	DAF/MS	Service Engagement des dépenses	678 75 10	keitafantasacko@yahoo.fr
13	Modibo DIALLO	DAF/MS	Comptable PRODESS	647 26 45	
14	Phanse MARIKO	Banque Mondiale	Responsable Administratif et Financier	640 35 12	mphanse@worldbank.org
15	Youma SALL	CPS	Chargé de statistique	679 89 39	
16	Virginie BRIAND	Banque Mondiale	Economist	613 98 12	vbriand@worldbank.org
17	Abdoulaye KONATE	Banque Mondiale	Economist	674 15 26	akonate1@worldbank.org
18	Dr Georges DAKONO	DNS	Coordinateur du PNLP	672 29 66	
19	Dr Salif SAMAKE	CPS	Directeur de la CPS	602 19 00	salifsamake@cpssantemali.org
20	Dr Mountaga BOUARE	DNS	Directeur National Adjoint de la Santé	672 05 78	mbore@dnsmali.org
21	Dr Minkaïla D MAÏGA	DPM	Directeur de la DPM	678 53 31	mmaiga@dirpharma.org
22	Dr Douga CAMARA	DPM	Directeur Adjoint de la DPM	676 54 34	dcamara@dirpharma.org

23	Mamadou DIALLO	CEDREF	Directeur	615 57 47	cedref@cefib.com
24	Abdoulaye TOURE	Ministère des Finances	Directeur National du Budget	672 17 92	ablo@lycos.com
25	Fangatigui DOUMBIA	Ministère des Finances	Agent Comptable Central du Trésor	633 66 08	
26	Sidiki KEITA	Ministère des Finances	Chef section chargé de gestion des dépôts publics	643 34 92	
27	Abdoulaye TOURE	Ministère des Finances	Chargé du Budget		
28	Mahamane HAIDARA	Trésor régional de Sikasso	Trésorier Payeur	671 95 12	
29	M SANGARE	Direction régionale de la santé	Directeur régional de la santé		
30	Tidiani TRAORE	CSRéf de Djénné	Medecin chef Adjoint	618 17 28	
31	Patrice THEVIER	PADSS	Chef projet	936 32 30	patrice.thevier@voila.fr
32	Sambou WAGUE	Ministère des Finances	Secrétaire Général	222 56 87	
33	Waly WANE	Banque Mondiale	Economist	2 024 580 155	wwane@worldbank.org
34	Pr Tièmoko MALE	FENASCOM	Vice président de l'ASACODA	644 97 35	tiemokomale@yahoo.fr
35	Yaya Lan KONARE	FENASCOM	Secrétaire Général	689 37 27	fenascom@ikatelnet.net
36	M KEITA	FENASCOM	Président		fenascom@ikatelnet.net
37	Hamma BOCOUM	FELASCOM Mopti	Président	623 37 49	fenascom@ikatelnet.net
38	Christine SOW	USAID	Health Team Leader	222 37 25	csow@usaid.gov
39	Diarra Aminata KOULIBALY	DNTCP	Payeur Général du Trésor	222 28 76	
40	Kelly Aoua KONE	DNTCP	Inspecteur du Trésor		
41	Bayé DOUKOURE	Trésor régional de Mopti	Contrôleur du Trésor	680 54 88	
42	Souleymane GUINDO	Budget Mopti	Chef division engagement des	616 97 88	

			dépenses		
43	Dr Bougnon TIMOTHE	DRS Mopti	Pharmacien régional		
44	Dr Fané ZOUMANA	DRS Mopti	Pharmacien régional	603 24 01	
45	Soumaila SAMAKE	CSCOM Kouakourou	Chef de poste médical		
46	Bocar KONDO	CSCOM Kouakourou	Gérant CSCOM Kouakourou		
47	Dr Seydou GUINDO	DRS Koulikoro	Directeur Médecin de santé publique	226 10 78	
48	Fatugoma TOGOLA	DRS Koulikoro	Pharmacien régional	610 50 08	
49	Charles SANOGO	DRS Koulikoro	Comptable régional	901 10 00	
50	Mamadou S KEITA	DRS Koulikoro	Chef hygiène	648 84 19	
51	Ramata COULIBALY	DRS Koulikoro	Assistance régionale	645 01 43	
52	Seydou M MAIGA	DRB Koulikoro	Inspecteur des Finances	649 96 30	
53	Lassana SYLLA	DRB Koulikoro	Chargé des engagements	633 66 85	
54	Amadou THIAM	DRT Koulikoro	Trésorier Payeur Régional	643 33 69	
55	Mme Sangaré Aissata KANE	DRT Koulikoro	Chef visas des dépenses	602 57 98	
56	Zie OUATTARA	DRT Koulikoro	Fondé de pouvoirs	907 65 53	
57	Yacouba SANGARE	CSRéf de Banamba	Medécin chef	623 46 64	
58	Bakary KEITA	CSRéf de Banamba	Assistance médicale chargé du SIS	624 36 84	
59	Mme Samaké Sanata DIALLO	CSRéf de Banamba	Sage femme	623 53 81	
60	Dr Magueraga A	CSCOM Banamba	Medécin chef du centre	623 48 16	
61	Abou SIDIBE	CSRéf Kangaba	Gestionnaire	938 50 10	
62	Famoussa KONATE	CSRéf Kangaba	Medécin chef Adjoint	648 48 16	
63	Sorognan DIARRA	CSRéf Kangaba	Major billeteur	225 40 09	
64	Amadou ZANGARA	CSRéf Kangaba	Medécin Chef	611 30 91	
65	Mariam MANKIRBA	CSCOM Kangaba	Chef de poste médical	632 89 97	

66	Sidy SIMBE	DRS Tombouctou	Comptable	602 35 08	
67	Dr Déro LASSINA	DRS Tombouctou	Chef Division Santé	602 33 92	derolassina@yahoo.fr
68	Karim FOMBA	DRB Tombouctou	Directeur régional du Budget	605 09 51	
69	Moussa SAMAKE	DRB Tombouctou	Chef division engagement des dépenses	292 11 65	
70	Mamadou DOUMBIA	DRB Tombouctou	Chargé Matériel		
71	Ousmane KOUYATE	DRT Tombouctou	Fondé de pouvoirs	292 10 72	ousmane@yahoo.fr
72	Bakary B TRAORE	DRT Tombouctou	Chef division dépenses		
73	Sékou B DIAWARA	DRB Sikasso	DRB Inspecteur des finances	672 53 05	
74	Dramane SANOGO	DRB Sikasso	Comptable Matière	673 53 03	
75	Ousmane PLEA	DRS Sikasso	Comptable régional	672 75 44	ousmaneplea@yahoo.fr
76	Mamoutou DIABATE	DRS Sikasso	Assistant comptable	672 80 71	mldiabate@yahoo.fr
77	Mahamane SANDJ	CSRéf Koutiala	Comptable	636 97 45	
78	Moussa KOITA	CSRéf Koutiala	Gérant	636 98 98	
79	Souleymane DIARRA	CSRéf Koutiala	Medecin chef Adjoint PI	637 54 51	
80	Halimata KASSOGUE	CSCOM Hamdallaye	Obstétricien	638 03 69	
81	Djénaba DJIRE	CSCOM Hamdallaye	Obstétricien	637 61 72	
82	Adama TRAORE	CSCOM Hamdallaye	Technicien de santé	915 09 17	
83	Dr Dramane TRAORE	CSRéf Kolondiéba	Medecin chef Adjoint	621 82 88	
84	Djénaba TRAORE	CSRéf Kolondiéba	Sage femme	615 82 60	
85	Yacouba BALLO	CSCOM Ména	CPN	623 03 17	
86	Abdel Kader MANJU	CSRéf Kolondiéba			
87	Dr Charles COULIBALY	CSRéf Sélingué	Medecin Chef	689 56 34	csrefselingue@afribone.mali.net
88	Amadou ABOCAR	CSRéf Sélingué	Gérant	687 22 32	
89	Alouseini A MAIGA	DRB Kayes	Inspecteurs des Finances	909 00 47	
90	Hamadou LAH	DRB Kayes	Controleur des Finances	672 93 04	
91	Kalilou THIRA	DRT Kayes	TPR	608 93 99	
92	Mme Samaké Kankou	DRS Kayes	Comptable	607 06 15	

	DIAKITE				
93	Amadou COULIBALY	DRS Kayes	Comptable	646 81 28	
94	Fodé DIARRA	DRS Kayes	Assistant comptable	636 05 84	
95	Souleymane COULIBALY	CSRéf Kéniéba	Medecin Chef Adjoint	680 09 29	
96	Roné DRABO	CSRéf Kéniéba	Gérant du dépôt du Centre	690 39 67	
97	Salif DIABATE	CSRéf Kéniéba	GestionnaireComptable	684 23 70	
98	Moussa SANOGO	CSRéf Kéniéba	Infirmier d'Etat	692 50 55	
99	Famankan SISSOKO	CSCOM Sitakily	Infirmier Chef	691 96 15	
100	Mme Sissoko Kany SISSOKO	CSCOM Sitakily	Matrone		
101	Noumou Tamba CAMARA	CSCOM Sitakily	Gérant pharmacie	689 23 50	
102	Lamine WAGUE	CSCOM Tinkaré	Trésorier	686 36 30	
103	Maoula TOURE	CSCOM Tinkaré	Secrétaire Administratif	687 93 20	

ANNEXE 2 : ETAT DES DEPENSES LIBELEES "NON CENTRES DE SANTE"

Cpte Econ	Unite fonctionnelle	Libelle	No eng	Montant FCFA	Date eng
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Fourn diverses DNS engag 1 a 3	.	13.922.230	15-Feb-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Mat et consom bureau Ministère eng 16 et 21	.	137.331.084	18-May-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Quincaillerie pour le Ministère eng 14-19	.	19.711.863	2-May-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Mater medicx et vacc DNS(eng 24-32)	.	59.124.433	9-Aug-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Transit veh utilit Min Sante eng 26-27	.	8.372.033	16-Aug-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Transit tests VIH et prod pharmac eng 36+38	.	4.329.899	4-Nov-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Contributions et divers Ministère (eng 34-43)	.	12.303.151	4-Nov-05
3 - 629 - 76	Direction Administrative et Financi	Frais divers Ministère (partie eng 1-97)	.	431.268.261	30-Nov-05
4 - 649 - 90	Subventions non classees (Dep PPTE)	Engag 1 a 10	.	1.043.156.392	30-Aug-05
4 - 649 - 90	Subventions non classees (Dep PPTE)	Engag 12 a 14	.	14.148.750	8-Sep-05
4 - 649 - 90	Subventions non classees (Dep PPTE)	Engag apres le no 18	.	171.549.136	17-Nov-05
4 - 649 - 96	Direction Administrative et Financi	Subv appui ONG Comm VI	1	5.000.000	23-Feb-05
4 - 649 - 96	Direction Administrative et Financi	Baygon pour DNS	2	49.987.500	14-Jul-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Frais transit vehic util Ministère	5	9.821.473	25-Feb-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Materiel informatique DNS	7	9.086.000	10-Mar-05
3 - 629 - 20	Direction Pharmacie et des Medicame	Divers DPM	7	261.691.490	28-Nov-05
4 - 649 - 96	Direction Administrative et Financi	Sketches sur Cesarienne	7	2.000.000	20-Dec-05
4 - 649 - 96	Direction Administrative et Financi	Sketches sur Cesarienne	8	1.498.600	20-Dec-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Install teleph Dir Reg Sante Segou	9	5.438.148	4-Apr-05
4 - 649 - 96	Direction Administrative et Financi	Diner Ministre 23eme sommet	9	2.699.958	21-Dec-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Gadgets public et invitat PNL	12	6.136.000	25-Apr-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Armoires prod pharmac Gabr Toure	20	37.239.620	15-Jul-05
3 - 629 - 76	Direction Nationale Sante Publique	Transit vaccins et mat medicx	22	9.988.433	22-Jul-05
		TOTAL		2.315.804.454	

ANNEXE 3 : BORDEREAU DE LIVRAISON AUX CSCOM ET CSREF

MINISTRE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Le Directeur Régional de la Santé Kayes
A
Monsieur le Médecin Chef de CS Réf - Kay

BORDEREAU DE LIVRAISON N° /

DESIGNATION	QUANTITE	OBSERVATIONS
Bassin de lit Inox	2	<i>Ambidedi poste</i>
Lot pour Bassin de lit Inox	2	
Centrifugeuse hématocrite	1	
Lacon laveur	1	
Réseaux gaz droit (lister)	1	
Pinces Kocher DTE A/G 18 cm(hémostatique)	3	
Pinces porte aiguille courbe	1	
Pinces porte coton (Foerster)	1	
Speculum vaginal GM	1	
Speculum vaginal MM	1	
Speculum vaginal PM	1	
Rechaud à pétrole 04 brûleurs	1	
Cousses matrones	1	
TOTAL	17	

Directeur Régional Le comptable Matières Kayes le 01/11/2005
Le Chef de Division Hygiène

Réçu le 02/11/2005
Par *Chf de Poste médical*

ANNEXE 4 : TERMES DE REFERENCE (TDR)

ENQUÊTE DE SUIVI PAS A PAS DES DÉPENSES PUBLIQUES JUSQU'À LEUR DESTINATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

TERMES DE REFERENCE

A. CONTEXTE

Dans le cadre du dialogue sur l'amélioration de la gestion de la dépense publique pour une meilleure efficacité des efforts de réduction de la pauvreté et une mise en œuvre plus efficace du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), la Banque Mondiale appuie le Gouvernement du Mali pour la mise en place d'une Enquête de Suivi des Dépenses jusqu'à leur Destination (ESDD). En s'assurant que les dépenses engagées atteignent leurs cibles effectives, l'ESDD a comme objectif principal et ultime d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques ainsi que leur impact sur le bien être des populations. L'ESDD peut contribuer à cet objectif en donnant des informations précises et détaillées sur les faiblesses éventuelles dans le système d'acheminement de certains flux de ressources. L'efficacité des établissements sanitaires et donc la qualité des services publics offerts aux populations dépend fortement du système d'acheminement en amont des ressources qui leur sont allouées.

B. OBJECTIFS

L'ESDD a deux composantes principales qui sont : (i) le suivi pas à pas et (ii) l'enquête auprès des établissements. Ces deux composantes sont complémentaires et utilisent des stratégies différentes. Dans le présent exercice, le suivi pas à pas sera privilégié et sera complété par une enquête auprès des établissements. Le présent document décrit les termes de références (TDR) pour un consultant ou un cabinet d'étude (ci-après désigné par « le consultant ») pour mener l'ESDD dans le système sanitaire du Mali. Le consultant choisi doit assurer l'administration générale de l'enquête et sous l'autorité du Comité de Suivi qui assume la direction générale de l'ESDD. Le comité de suivi comprend des membres des ministères de l'Economie et des Finances (MEF), de la Santé (MS) et de la Banque Mondiale. Le consultant dirigera une équipe d'enquêteurs afin de collecter des données pertinentes au niveau des structures administratives et des établissements sanitaires pour :

- fournir une évaluation quantitative des délais d'exécution du budget en se focalisant sur les transferts de ressources destinées au financement des dépenses non salariales ;
- évaluer les retards dans la réception au niveau des services sanitaires par un diagnostic (i) des procédures d'exécution de la dépense publique, et (ii) des procédures de passation des marchés publics ;
- évaluer les pertes de ressources et les points de perte

- analyser l'impact des contraintes et anomalies dans l'arrivée des dépenses de l'État à leur destination sur l'efficacité et la performance structures sanitaires ;

C. COUVERTURE ET DEMARCHE

Il s'agit de procéder au suivi pas à pas des dépenses des articles budgétaires suivants qui, dans le budget de l'état pour la gestion 2005, permettent de mener les activités suivantes :

1. Achat et distributions de moustiquaires
2. Achat et vente de médicaments
3. Matériel médical
4. Paiement des médecins contractuels dans les CSCOM
5. Frais d'opération des structures sanitaires

Le budget de l'Etat consiste en (i) le Budget National, et (ii) les ressources PPTE, tous deux gérés par le Ministère de la Santé.

Ce suivi permettra d'examiner depuis le budget voté et à chaque étape de la dépense les ressources mobilisées et leur destination. Il évaluera les goulots d'étranglement et les portions de ressources qui atteignent les cibles que sont les populations bénéficiaires. L'objectif est d'arriver à identifier la portion de des ressources d'étranglement dans l'acheminement des budgets.

Ce suivi pas à pas sera complété du centre vers les utilisateurs sera complété par une enquête sur base d'échantillonnage de l'utilisation des ressources reçues par les établissements sanitaires. Ces ressources peuvent être aussi bien publiques. (Budget de l'Etat comprenant les ressources PPTE) que privées (subvention des ONG ou provenant des frais supportés par les populations). L'échantillon devra inclure au moins 7 CSCOM ruraux, 3 CSCOM urbains et 2 CSRéf (dans d'autres régions que Ségou et le District de Bamako).

D. PROFIL DU CONSULTANT.

Le consultant doit être un cabinet d'études spécialisé en gestion publique avec des connaissances du secteur sanitaire et disposant d'une équipe d'enquêteurs expérimentés.

E. DUREE.

La durée de l'étude est de 3 mois maximum.

F. RAPPORT.

Un rapport provisoire sera fourni au comité de suivi afin que ce dernier puisse le commenter, et un rapport final sera élaboré afin de tenir compte des commentaires du comité de suivi. Le paiement final sera effectué une fois le rapport final accepté par le comité de suivi.

ANNEXE 5 : MARCHÉ DE FOURNITURES DE MOUSTIQUAIRES

- 1 -

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION ADMINISTRATIVE
ET FINANCIÈRE

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

M A R C H É

N°

0906



OBJET : Fourniture de Moustiquaires Imprégnées XX large forme rectangulaire destinés à la Direction Nationale de la Santé.

AUTORITÉ CONTRACTANTE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FOURNISSEUR: ETS BEE- SAGO GASSAMA AMADY

REGISTRE DE COMMERCE DE BAMAKO : N° 00248

NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE : 082203843 D

MONTANT : Quarante neuf Millions (49.000.000)
Francs CFA HT.

FINANCEMENT : Exercice 2005 Budget National, Section : 610
Codes Économiques : 3 - 629 - 76
Unités Fonctionnelles : 3-2-0-0121-000-0140-01-1

DÉLAI D'EXÉCUTION : Trente (30) jours.

SOUSCRIT LE :

21 SEP. 2005

APPROUVÉ LE :

04 NOV. 2005

NOTIFIÉ LE :

18 NOV. 2005

Tableau 26: Crédits nets délégués dans nos régions par rubrique, CE et UF

Récapitulation des délégations dans nos régions par rubrique, CE et UF			
Rubrique de dépense	Titre article	Unité fonctionnelle	Montant
Contractuels	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	115.807.299
		Total	115.807.299
	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	491.463.508
		Total	491.463.508
	Total	3-0-0-0181-000-0030	115.807.299
		3-2-0-0121-000-0140	491.463.508
		Total	607.270.807
RACS et Césarienne	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	71.700.000
		Total	71.700.000
	Total	3-0-0-0181-000-0030	71.700.000
		Total	71.700.000
Campagnes	3 - 621 - 20	6-1-0-0113-000-0210	3.519.738
		Total	3.519.738
	3 - 669 - 40	3-2-0-0121-000-0140	38.500.000
		Total	38.500.000
	4 - 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	178.169.402
		Total	178.169.402
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	9.639.460
		Total	9.639.460
	Total	3-2-0-0121-000-0140	226.308.862
		6-1-0-0113-000-0210	3.519.738
		Total	229.828.600
Hop régionaux	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	-4.681.000
		Total	-4.681.000
	4 - 649 - 99	3-2-0-0121-000-0140	200.000.000
		Total	200.000.000
	Total	3-2-0-0121-000-0140	195.319.000
		Total	195.319.000

Rubrique de dépense	Titre article	Unité fonctionnelle	Montant
Annulations	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	-72.649.194
		Total	-72.649.194
	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	-7.034.627
		Total	-7.034.627
	Total	3-0-0-0181-000-0030	-72.649.194
		3-2-0-0121-000-0140	-7.034.627
		Total	-79.683.821
Autres	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	1.500.000
		Total	1.500.000
	3- 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	1.500.000
		Total	1.500.000
	4 - 631 - 10	3-2-0-0121-000-0140	11.850.000
		Total	11.850.000
	Total	3-2-0-0121-000-0140	14.850.000
		Total	14.850.000
Total	3 - 621 - 20	6-1-0-0113-000-0210	3.519.738
		Total	3.519.738
	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	1.500.000
		Total	1.500.000
	3 - 669 - 40	3-2-0-0121-000-0140	38.500.000
		Total	38.500.000
	3- 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	1.500.000
		Total	1.500.000
	4 - 631 - 10	3-2-0-0121-000-0140	11.850.000
		Total	11.850.000
	4 - 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	178.169.402
		Total	178.169.402
	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	114.858.105
		Total	114.858.105
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	9.639.460
		Total	9.639.460

Rubrique de dépense	Titre article	Unité fonctionnelle	Montant
Total (suite)	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	479.747.881
		Total	479.747.881
	4 - 649 - 99	3-2-0-0121-000-0140	200.000.000
		Total	200.000.000
	Total	3-0-0-0181-000-0030 – PPTE	114.858.105
		3-2-0-0121-000-0140 – DAF	920.906.743
		6-1-0-0113-000-0210 – Cabinet	3.519.738
		Total	1.039.284.586

Tableau 27: Récapitulation des observations par rubrique. CE (Titre-article) et UF

Récapitulation de tous les engagements suivis par rubrique, CE et UF			
Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montants engagés
Médicaments	3 – 629 – 20	6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		Total	1.551.911.246
	4 – 649 – 90	3-0-0-0181-000-0030	231.669.500
		Total	231.669.500
	4 – 649 – 96	3-2-0-0121-000-0140	175.764.482
		Total	175.764.482
	Total	3-0-0-0181-000-0030	231.669.500
		3-2-0-0121-000-0140	175.764.482
		6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		Total	1.959.345.228
Matériel et équipements	3 – 621 – 91	3-2-0-0121-000-0140	156.179.945
		Total	156.179.945
	3 – 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	49.879.190
		6-2-0-0074-000-0010	63.120.413
		Total	112.999.603
	4 – 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	281.478.058
		Total	281.478.058
	4 – 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	35.600.000
		Total	35.600.000
	Total	3-0-0-0181-000-0030	281.478.058
		3-2-0-0121-000-0140	241.659.135
		6-2-0-0074-000-0010	63.120.413
		Total	586.257.606
Moustiquaires	3 – 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	49.000.000
		Total	49.000.000
	4 – 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	145.010.000
		Total	145.010.000
	Total	3-2-0-0121-000-0140	194.010.000
		Total	194.010.000

Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montants engagés
Contractuels	4 – 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	40.320.495
		Total	40.320.495
	4 – 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	404.149.164
	Total	3-0-0-0181-000-0030	40.320.495
		3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	444.469.659
RACS et césarienne	3 – 621 - 91	3-2-0-0121-000-0140	83.820.000
		Total	83.820.000
	3 – 629 - 76	6-2-0-0074-000-0010	155.417.920
		Total	155.417.920
	4 – 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	70.859.981
		Total	70.859.981
	Total	3-0-0-0181-000-0030	70.859.981
		3-2-0-0121-000-0140	83.820.000
		6-2-0-0074-000-0010	155.417.920
		Total	310.097.901
Non C Santé	3 – 629 - 20	6-2-0-0071-100-0001	261.691.490
		Total	261.691.490
	3 – 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	431.268.261
		6-2-0-0074-000-0010	332.804.367
		Total	764.072.628
	4 – 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	1.228.854.278
		Total	1.228.854.278
	4 – 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	61.186.058
		Total	61.186.058
	Total	3-0-0-0181-000-0030	1.228.854.278
		3-2-0-0121-000-0140	492.454.319
		6-2-0-0071-100-0001	261.691.490
		6-2-0-0074-000-0010	332.804.367
		Total	2.315.804.454

Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montants engagés
Campagnes	4 – 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	60.265.962
		Total	60.265.962
	4 – 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	9.639.460
		Total	9.639.460
	Total	3-2-0-0121-000-0140	69.905.422
		Total	69.905.422
Total	3 – 621 - 91	3-2-0-0121-000-0140	239.999.945
		Total	239.999.945
	3 - 629 - 20	6-2-0-0071-100-0001	1.813.602.736
		Total	1.813.602.736
	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	530.147.451
		6-2-0-0074-000-0010	551.342.700
		Total	1.081.490.151
	4 - 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	60.265.962
		Total	60.265.962
	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	1.853.182.312
		Total	1.853.182.312
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	427.200.000
		Total	427.200.000
	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	404.149.164
	Total	3-0-0-0181-000-0030 / PPTE	1.853.182.312
		3-2-0-0121-000-0140 / DAF	1.661.762.522
		6-2-0-0071-100-0001 / DPM	1.813.602.736
		6-2-0-0074-000-0010 / DNS	551.342.700
		Total	5.879.890.270

Tableau 28: Engagements suivis susceptibles de toucher les Centres de Santé par rubrique, CE et UF

Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montant FCFA
Médicaments	3 - 629 - 20	6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		Total	1.551.911.246
	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	231.669.500
		Total	231.669.500
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	175.764.482
		Total	175.764.482
	Total	3-0-0-0181-000-0030	231.669.500
		3-2-0-0121-000-0140	175.764.482
		6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		Total	1.959.345.228
Matériel et équipement	3 - 621 - 91	3-2-0-0121-000-0140	156.179.945
		Total	156.179.945
	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	49.879.190
		6-2-0-0074-000-0010	63.120.413
		Total	112.999.603
	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	281.478.058
		Total	281.478.058
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	35.600.000
		Total	35.600.000
	Total	3-0-0-0181-000-0030	281.478.058
		3-2-0-0121-000-0140	241.659.135
		6-2-0-0074-000-0010	63.120.413
		Total	586.257.606
Moustiquaires	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	49.000.000
		Total	49.000.000
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	145.010.000
		Total	145.010.000
	Total	3-2-0-0121-000-0140	194.010.000
		Total	194.010.000

Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montant FCFA
Contractuels	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	40.320.495
		Total	40.320.495
	4 - 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	404.149.164
	Total	3-0-0-0181-000-0030	40.320.495
		3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	444.469.659
RACS et césarienne	3 - 621 - 91	3-2-0-0121-000-0140	83.820.000
		Total	83.820.000
	3 - 629 - 76	6-2-0-0074-000-0010	155.417.920
		Total	155.417.920
	4 - 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	70.859.981
		Total	70.859.981
	Total	3-0-0-0181-000-0030	70.859.981
		3-2-0-0121-000-0140	83.820.000
		6-2-0-0074-000-0010	155.417.920
		Total	310.097.901
Campagnes	4 - 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	60.265.962
		Total	60.265.962
	4 - 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	9.639.460
		Total	9.639.460
	Total	3-2-0-0121-000-0140	69.905.422
		Total	69.905.422
Total	3 - 621 - 91	3-2-0-0121-000-0140	239.999.945
		Total	239.999.945
	3 - 629 - 20	6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		Total	1.551.911.246
	3 - 629 - 76	3-2-0-0121-000-0140	98.879.190
		6-2-0-0074-000-0010	218.538.333
		Total	317.417.523
	4 - 631 - 23	3-2-0-0121-000-0140	60.265.962
		Total	60.265.962

Rubrique de dépense	Titre article	Unité Fonctionnelle	Montant FCFA
Total (suite)	4 – 649 - 90	3-0-0-0181-000-0030	624.328.034
		Total	624.328.034
	4 – 649 - 96	3-2-0-0121-000-0140	366.013.942
		Total	366.013.942
	4 – 649 - 98	3-2-0-0121-000-0140	404.149.164
		Total	404.149.164
	Total	3-0-0-0181-000-0030	624.328.034
		3-2-0-0121-000-0140	1.169.308.203
		6-2-0-0071-100-0001	1.551.911.246
		6-2-0-0074-000-0010	218.538.333
		Total	3.564.085.816

Hopital de Dire : Unite Fonctionnelle 6-5-0-0731-060-0120										
Code Econ	Libelle	Buget	No Eng	Montant engagem	Date eng	Date contr fin	Date fact	Montant fact FCFA	Date mandat	Date paiem
3 - 621 - 10	Achat riz, mais et fournitures de bureau	15,869,000								
	Achat riz, mais et fournitures de bureau Trimestre 1		1	3,967,000	1-févr.-2005	3-févr.-2005	3-févr.-2005	778,400	14-févr.-2005	28-févr.-2005
							3-févr.-2005	3,188,600	14-févr.-2005	28-févr.-2005
	Achat riz, mais et fournitures de bureau Trimestre 2		2	3,967,000	22-avr.-2005	25-avr.-2005	25-avr.-2005	778,400	9-mai-2005	8-août-2005
							25-avr.-2005	3,188,600	9-mai-2005	8-août-2005
	Achat riz, mais et fournitures de bureau Trimestre 3		3	3,967,000	19-juil.-2005	1-août-2005	2-août-2005	778,400	11-août-2005	27-sept.-2005
							2-août-2005	3,188,600	11-août-2005	27-sept.-2005
	Achat riz, mais et fournitures de bureau Trimestre 4		4	3,968,000	19-oct.-2005	20-oct.-2005	24-oct.-2005	778,400	24-oct.-2005	19-déc.-2005
							24-oct.-2005	3,189,600	24-oct.-2005	19-déc.-2005
3-622-30	Matériaux et fournitures entretien batiments	3,020,000								
	Matériaux et fournitures entretien batiments		1	755,000	1-févr.-2005	3-févr.-2005	3-févr.-2005	755,000	14-févr.-2005	28-févr.-2005
	Matériaux et fournitures entretien batiments		2	755,000	22-avr.-2005	25-avr.-2005	25-avr.-2005	755,000	9-mai-2005	8-août-2005
	Matériaux et fournitures entretien batiments		3	755,000	25-juil.-2005	1-août-2005	2-août-2005	755,000	11-août-2005	27-sept.-2005
	Matériaux et fournitures entretien batiments		4	755,000	19-oct.-2005	20-oct.-2005	21-oct.-2005	755,000	24-oct.-2005	19-déc.-2005

Code Econ	Libelle	Buget	No Eng	Montant engagem	Date eng	Date contr fin	Date fact	Montant fact FCFA	Date mandat	Date paiem
3-628-20	Achats carburant / frais de transport hopit sec de Dire	2,206,000								
	gas-oil 380l + essence 435 l et divers entr vehicule		1	551,000	1-févr.-2005	3-févr.-2005	3-févr.-2005	551,000	14-févr.-2005	28-févr.-2005
	gas-oil 360l + essence 417 l et divers entr vehicule		2	552,000	22-avr.-2005	25-avr.-2005	25-avr.-2005	552,000	9-mai-2005	8-août-2005
	gas-oil 360l + essence 417 l et divers entr vehicule		3	551,000	19-juil.-2005	1-août-2005	2-août-2005	551,000	18-août-2005	27-sept.-2005
	gas-oil 344l + essence 417 l et divers entr vehicule		4	552,000	19-oct.-2005	20-oct.-2005	21-oct.-2005	552,000	24-oct.-2005	19-déc.-2005
		21,095,000		21,095,000				21,095,000		
2-611-00	Personnel	3,446,729								
	Total	24,541,729								