



CONSEIL SANTÉ S.A.S.

10/0272

REPUBLIQUE DU MALI

Evaluation Finale du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR)

Rapport Final

M AHCÈNE TAMOUZA, Chef de Projet
Dr Bernard GUINGNI

S016-S017
Janvier 1999

SOMMAIRE

Sigles et Abréviations	1
Resumé de l'Etude et Principales Recommandations	3
1. Introduction et méthodologie	8
1.1. Méthodologie	8
2. Contexte général	9
2.1. Organisation administrative.....	9
2.2. Données économiques.....	10
2.3. Situation sanitaire.....	11
2.4. La politique sectorielle de santé.....	12
3. Le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.....	12
3.1. Rappel des objectifs.....	12
3.2. Composante santé.....	13
3.3. La composante population	13
3.4. La composante Hydraulique Rurale.....	13
4. Les Réalisations.....	14
4.1. Composante santé.....	14
4.2. La composante population	18
4.3. Composante Hydraulique	19
5. Les procédures d'exécution du Projet et le Financement	20
5.1. Les procédures d'exécution du Projet.....	20
5.2. Le financement.....	21
6. Les points forts du PSPHR.....	22
7. Les points faibles	25
8. Conclusions.....	28

Annexes

Annexe A : Tableaux financiers

Annexe B : Utilisation comparée des services dans la zone du projet et le reste du pays.

Annexe C: Liste des personnes rencontrées

Annexe D: Liste des documents consultés

Annexe E: Liste des personnes ayant assisté à la réunion du 6 janvier 1999

Annexe F : Termes de référence de l'évaluation

Sigles et Abréviations

- AMPPF	Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille
- AMO	Assurance Maladie Obligatoire
- ASACO	Association de Santé Communautaire
- AT	Accoucheuses Traditionnelles
- CCDC	Centre Communal de Développement Communautaire
- CEPRIS	Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires
- CHU	Centre Hospitalier Universitaire
- CL	Collectivités locales
- CMDT	Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles
- CNIECS	Centre National d'Information et d'Education pour la Santé
- CNOS	Centre National d'Odonto Stomatologie
- CNPA	Conseil National des Personnes Agées
- CNTS	Centre National de Transfusions Sanguines
- CONACOP	Conseil National de Coordination des Activités de Population
- CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
- CRM	Caisse des Retraites du Mali
- CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
- CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
- CSCOM	Centre de Santé Communautaire
- CSREF	Centre de Santé de Référence
- CSTS	Centre de Spécialisation des Techniciens Supérieurs
- DAF	Direction Administrative et Financières
- DBC	Distribution à Base Communautaire
- DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
- DIE	Division des Infrastructures et de l'Equipeement
- DLP	Division Laboratoire et Pharmacie
- DMT	Division Médecine Traditionnelle
- DNAS	Direction Nationale de l'Action Sociale
- DNIS	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
- DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
- DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
- DRAS	Direction Régionale de l'Action Sociale
- DRH	Direction des Ressources Humaines
- DRS	Direction Régionale de la Santé
- DZAS	Direction de la Zone de l'Action Sociale
- DZS	Direction de Zone Sanitaire
- EFDC	Ecole de Formation pour le Développement Communautaire
- ENMP	Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
- EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
- FAM	Fonds d'Assistance Médicale
- FASEF	Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale
- FEMAH	Fédération Malienne des Associations des Personnes Handicapées
- FENASCOM	Fédération Malienne des Associations de Santé Communautaire
- FNS	Fonds National de Solidarité
- GIE	Groupement d'Intérêt Economique
- IDE	Infirmier D'Etat
- IEC	Information Education Communication
- IER	Institut d'Economie Rurale

Sigles et Abréviations (Suite)

- IFTS	Institut de Formation des Travailleurs Sociaux
- IML	Institut Médico-Légal
- INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
- ISFSS	Institut Supérieur de Formation en Sciences de la Santé
- JNV	Journées Nationales de Vaccination
- LNS	Laboratoire National de Santé
- MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
- ONG	Organisation Non Gouvernementale
- PCINE	Prise en Charge Intégrée de l'Enfant
- PDDSS	Plan de Décennal de Développement Sanitaire et Social
- PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
- PEV	Programme Elargi de Vaccination
- PMA	Paquet Minimum d'Activités
- PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
- PPM	Pharmacie Populaire du Mali
- PSI	Programme Sectoriel d'Investissement
- PSPHR	Projet Santé Population Hydraulique Rurale
- PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
- PTI	Plan Triennal d'Investissement
- RBC	Réadaptation à Base Communautaire
- SNIS	Système National d'Information Sanitaire
- SISAN	Système d'Information pour la Suivi de l'Alimentation et de la Nutrition
- SPSC	Service de Promotion Sociale de Cercle
- SR	Santé Reproductive
- TDC	Technicien de Développement Communautaire
- UMIR	Unité Mobile d'Intervention Rapide
- UMPF	Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques
- UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- USAID	Agence Américaine pour le Développement Internationale

Resumé de l'Etude et Principales Recommandations

Le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) a été conçu comme l'instrument privilégié de mise en oeuvre de la Politique Nationale de Santé et de Population adoptée en Décembre 1990.

Il avait pour objectifs principaux :

- de renforcer le système national de santé, par la couverture de 2,5 millions de personnes dans les régions concernées
- d'appuyer le développement d'une politique de population, avec l'objectif spécifique d'élever de 1,2 à 11% le taux de prévalence contraceptive
- d'améliorer l'approvisionnement en eau potable des populations vivant en zone rurale

Cofinancé pour une durée de 6 ans par plusieurs bailleurs de fonds (IDA, USAID, UNICEF, FKW, FED), le PSPHR a vu son démarrage effectif retardé en raison de lenteurs dans la mise en place des crédits. Signé en 1991, le projet a en fait démarré en mai 1993, après le déblocage du crédit IDA survenu en mars 1992. Il est actuellement en cours d'achèvement. Au 31/12/98, son financement s'élevait à 100 millions \$ contre un coût initial de 61,4 millions de \$. Cette augmentation est due à deux éléments majeurs :

- la prise en compte du financement complémentaire UNICEF à travers son programme Mali/UNICEF 1993-1997,
- l'augmentation significative de la contribution USAID qui est passé de 15 millions à 41.000.000 millions US.

Conçu à l'origine comme un instrument de mise en oeuvre de la Politique Sectorielle de Développement (PSSP), le PSPHR a en fait profondément modifié la problématique sanitaire nationale.

Instrument de mise en oeuvre mais le plus souvent véritable "locomotive", à la fois objectif et moyen, le PSPHR par ses approches innovantes a eu un impact déterminant sur l'organisation, le financement et la gestion au point qu'il est permis d'affirmer que ce projet a amené le système de santé à une étape cruciale de son développement, même si son impact réel sur l'état de santé des populations visées ne peut pas être actuellement évalué avec précision. Le PSPHR, par son effet "structurant", ses actions multiformes qui ont touché de manière directe ou indirecte à tous niveaux du système sanitaire, a largement contribué à la résolution de nombreux problèmes.

Mais ce faisant, et dans le même temps, il a généré des difficultés nouvelles et certains dysfonctionnements.

L'évaluation finale et les recommandations qui vont suivre tiennent compte des ces caractéristiques, car elles peuvent influencer sur les conditions de mise en oeuvre du PRODESS qui doit entrer en vigueur en 1999.

L'ampleur, la complexité du projet et la diversité de ses domaines d'intervention rendent malaisées le classement habituel, des recommandations par thèmes.

Les séances de travail avec les différents responsables et intervenants ont permis de constater que ce qui est considéré comme essentiel par l'un est accessoire pour l'autre et inversement.

Les évaluateurs ont donc opté pour une présentation des recommandations recouvrant au mieux les préoccupations le plus communément avancées et qui souvent se retrouvent dans les trois composantes du projet, SANTE, POPULATION ET HYDRAULIQUE RURALE.

Recommandations

1. Les évaluateurs ont relevé un certain nombre de dysfonctionnements (cf paragraphe 7. Points faibles) inévitables dans un processus d'une telle complexité. Passage obligé et "mal nécessaire", le problème n'est pas tant dans leur existence que dans leur persistance. Il convient d'éviter que ces déséquilibres conjoncturels et ponctuels ne se transforment à l'avenir en déséquilibres structurels.
2. La démarche communautaire illustre bien cet état de fait, elle constitue l'originalité et l'essence même du projet. Elle représente l'aspect le plus délicat mais le plus prometteur pour l'avenir si certaines difficultés sont levées et des mesures prises. Il s'agit essentiellement :
 - d'encourager et de renforcer la participation de la femme à tous les niveaux. Malgré quelques résultats encourageants, cette participation est encore beaucoup trop faible.
 - d'équilibrer les pouvoirs à l'intérieur des ASACO entre le personnel et le comité de gestion.
 - de renouveler les instances communautaires qui ont achevé leurs mandats.
 - de revenir progressivement aux conventions initiales afin que chaque partenaire (état communauté) fasse mieux prévaloir ses droits et ses devoirs.
 - d'élargir et d'approfondir le concept communautaire selon 5 directions :
 - dans le domaine de l'amélioration des activités et en particulier de la gestion
 - vers les stratégies avancées dans certaines régions.
 - vers les facteurs hors champs sanitaires mais qui ont un impact déterminant sur la santé comme l'hygiène du milieu, l'assainissement, l'adduction en eau potable.
 - vers le premier niveau de référence et l'organisation de liens plus fonctionnels entre les Centres de Santé de Référence et les CSCOM
 - vers l'initiation et la mise en place de mécanismes de solidarité afin de permettre une meilleure anticipation et répartition du risque maladie (cf recommandations 21).
3. Rapprocher et comparer l'expérience acquise en approche communautaire dans le cadre de la composante santé, de la composante population, et de la composante hydraulique rurale afin qu'elles soient complémentaires et se renforcent mutuellement à l'avenir.
4. Consolider et étendre les mécanismes de planification du "bas vers le haut" :
 - Equipe socio - sanitaire de cercle.
 - Plan de développement socio - sanitaire de cercle (PDSC)
 - Plans opérationnels.
5. Renforcer le rôle de régulation de la région, celle-ci doit devenir le lieu de jonction et de croisement technique entre deux démarches "bas vers le haut" et "haut vers le bas" et non un simple relais entre les cercles et le ministère.
6. Capitaliser les acquis méthodologiques et pédagogiques du PSPHR en matière de planification, programmation, budgétisation (critères d'éligibilité au financement, PDSC,

PO, cartes sanitaires, manuels de procédure, conventions avec les ASACO, etc...). En constituant une banque de données à localiser avec précision et en définissant les responsabilités dans ce domaine.

7. Procéder à la même démarche en matière de construction et d'équipements : plans types, normes de construction, nomenclatures des équipements, cahiers des charges, procédures d'appels d'offres qui permettent des économies d'échelle et la standardisation et la normalisation des infrastructures par niveaux de soins.
8. Initier une réflexion sur la création d'un organisme national (observatoire ? Institut National de Santé Publique ?) qui générerait et diffuserait ces acquis méthodologiques et opérationnels en matière de santé publique et d'approche communautaire. Cet organisme d'animation, de recherche et de recyclage ne peut être que consultatif et permettrait de rassembler les nombreuses compétences nationales actuellement dispersées.
9. Encourager toutes les formes d'échanges entre les cercles, les CSCOM et les ASACO à l'intérieur des régions et entre régions par le biais de séminaires, de thèmes de recherche opérationnelle et d'études comparatives.
10. Entreprendre une adaptation de la formation initiale et continue sur la base des enseignements et du bilan du PSPIR. L'exemple très intéressant des pharmacies inter-hospitalières et de la formation des universitaires à l'utilisation des médicaments essentiels et des génériques doit faire école.
11. Revoir de manière approfondie le rôle du GIF et préparer dès l'année 1999 des plans de formation détaillés pour les besoins du PRODESS.
12. Poursuivre et améliorer la mise en œuvre du schéma directeur du médicament et accorder une place de plus en plus importante aux Médicaments Essentiels et aux génériques y compris dans le secteur privé. Favoriser les synergies et la complémentarité entre secteur public et secteur privé. Leurs relations doivent impérativement se faire sur un mode non plus concurrentiel mais complémentaire.
13. Poursuivre et consolider la mise en œuvre de la réforme du système national d'informations. Des améliorations substantielles peuvent être enregistrées, mais il semble que le système soit encore trop perçu comme une pyramide où la base et les échelons intermédiaires ont pour rôle principal d'alimenter en données et en informations le niveau central.

La nécessité pour chaque NIVEAU de s'organiser pour disposer des informations nécessaires à ses propres activités n'est pas encore suffisamment perceptible.

14. Pallier les défaillances du système de référence, afin d'assurer la continuité de la prise en charge, en particulier les urgences médicales, chirurgicales et obstétriques. Cet aspect est une caractéristique importante de la qualité des soins et de sa perception par les populations. En outre, les défaillances dans ce domaine font souvent perdre des opportunités de formation sous forme d'identification des carences et des insuffisances cliniques au niveau des infirmiers des CSCOM.

15. Entamer dans les meilleurs délais une réflexion sur la fonction hospitalière à travers la redéfinition du rôle et de la place de l'hôpital dans le système. Ce travail pourrait se faire à moyen et long terme et selon deux axes :
 - une approche par établissement : définition d'un schéma directeur pour chaque hôpital régional, national spécialisé et dans une moindre mesure des Centres de Santé de Référence
 - une restructuration des établissements régionaux et nationaux, afin d'arriver à une complémentarité au niveau de certains soins spécialisés et des équipements lourds qu'ils nécessitent.

Pour cela, il sera nécessaire de définir les différents niveaux de prestations, les équipements et les ressources humaines requises, de même que leurs articulations entre eux et les autres composantes du système.
16. La logique de la décentralisation administrative en cours risque dans certains cas de ne pas coïncider avec la logique des activités sanitaires. Il faut donc veiller, en particulier dans certaines zones, à éviter que les deux approches ne soient antagonistes.
17. Dans cette optique, l'équipe de cercle avec à sa tête le médecin chef, constitue un atout à préserver car elle permet d'ouvrir le CSR sur les problèmes de santé publique du cercle, et d'éviter comme cela se passe souvent l'isolement de l'hôpital et sa coupure avec les autres structures.
18. L'ensemble de ces mesures devrait permettre d'étendre l'approche vers les zones qui n'ont pas encore été touchées, et d'assurer la couverture des populations dont le mode de vie (nomade ou semi nomade) et l'habitat dispersé posent des problèmes particuliers. L'objectif est d'éviter des disparités intra-régionales (zones dites non viables) et inter régionales.
19. Poursuivre l'extension de la couverture des populations et le passage de l'organisation administrative de la pyramide sanitaire à une organisation fonctionnelle et "populationnelle". La difficulté dans ce domaine est de concilier cette démarche avec la nécessité, compte tenu de la phase actuelle de développement du système de santé, de commencer à passer d'une approche extensive fondée sur l'amélioration de la couverture géographique et sur l'offre à une approche plus "intensive", mieux ajustée à la demande et au moindre coût.
 Cette double démarche constitue un véritable défi au système de santé, nécessite une connaissance plus approfondie de la demande et devrait occuper une place centrale dans le PRODESS.
20. En matière de financement, l'approche qui a prévalu jusqu'à présent a accordé une place plus importante à la recherche de sources de financement (Qui paie ?) qu'aux problèmes de coûts et d'efficacité (Combien cela coûte ?). Le deuxième aspect devra prendre beaucoup plus d'importance dans les prochaines années afin d'accroître la productivité de chaque ressource, d'identifier des activités coûteuses mais sans impact réel sur la santé, et de mieux prendre en compte les contraintes de financement internes et externes du pays.
21. Il est nécessaire également d'éviter l'installation d'un "modèle implicite" où les dépenses d'investissement sont prises en charge par les bailleurs de fonds, et les dépenses de fonctionnement souvent très lourdes laissées à la charge du pays. Les deux types de

dépenses doivent être évalués simultanément dans toutes les prévisions, en particulier celles qui concernent le niveau secondaire et tertiaire du système, afin de garantir la pérennité des actions entreprises. Dans certains cas, les dépenses récurrentes induites peuvent constituer un critère important dans le choix des priorités et des projets.

La liaison "dépenses d'investissement-dépenses récurrentes" doit être approfondie dans le cadre du PRODESS par la mise en place des outils méthodologiques nécessaires (structure des coûts, coûts unitaires, etc...), le renforcement des services techniques concernés et en premier lieu la DAF du ministère.

22. L'effort important consenti par les populations, l'impact très limité des systèmes de protection sociale plaident pour une réflexion sur l'éventualité de mettre en place de nouveaux mécanismes de solidarité permettant une anticipation et une meilleure répartition des risques. L'approche dans ce domaine devra être très prudente, s'inspirer des pratiques d'entraide traditionnelles et s'appuyer sur des études préliminaires menées par des équipes pluridisciplinaires. Les ONG nationales, la FENASCOM, les FERASCOM peuvent jouer un rôle de tout premier plan dans ce domaine de pré-paiement mutualisé. Cette approche pourrait valablement prendre en compte les systèmes mis en place spontanément à Gagna dans le cercle de Djenne ou Kaara dans le cercle de Kolondika. L'objectif est de mettre en place de manière progressive de petits systèmes simples permettant de socialiser le risque et de financer de manière moins aléatoire les dépenses discontinues et imprévisibles provoquées par les maladies.
23. En raison des problèmes de transition qui commencent à se poser entre la fin du PSPHR et la mise en oeuvre du PRODESS, la mission suggère l'organisation d'une conférence nationale sur la santé publique sous une forme qui reste à déterminer. Cette rencontre réunirait tous les intervenants du PSPHR et l'ensemble des opérateurs du système de santé. Elle pourrait constituer un "temps fort" et une transition sinon opérationnelle du moins "symbolique" entre la fin du PSPHR et la mise en oeuvre du plan afin d'assurer la continuité des activités, de capitaliser et de diffuser l'expérience acquise, et de faire connaître les nouveaux objectifs à atteindre. Il convient de signaler que plusieurs de ces recommandations sont déjà prises en compte par le PRODESS.

Evaluation finale du projet santé, population et hydraulique rurale (PSPHR)

1. Introduction et méthodologie

Le présent document a pour objet la présentation des résultats de l'évaluation finale du PSPHR.

Ce travail a été mené par deux consultants extérieurs et trois facilitateurs nationaux du 18 Décembre au 6 Janvier 1999.

Les travaux se sont ordonnés essentiellement autour de trois axes :

- Compilation et analyse des documents et des données existantes ;
- Visites sur le terrain : Région de Ségou (cercle de Bla), Région de Koulikoro (cercle de Kolokani), District de Bamako (Commune V) ;
- Rencontres et séances de travail avec les organismes et les responsables concernés directement ou indirectement par le PSPHR. Le rapport prend également en compte les remarques et les observations qui ont été formulées au cours de la réunion de restitution qui s'est tenue le 6 Janvier 1999 au siège du Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité sous la présidence de Monsieur le Secrétaire Général. On trouvera en annexe les noms et qualité des participants à cette importante séance de travail.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du projet, les aspects descriptifs tels que les caractéristiques socio-économiques et sanitaires du Mali ont été traitées de manière succincte.

Il en est de même pour les résultats quantitatifs et les aspects purement financiers du programme. On trouvera en annexe les tableaux relatifs à ces aspects.

Eu égard à son importance pour la suite de la politique sectorielle, la mission s'est beaucoup plus attachée à l'impact direct et indirect du PSPHR et les changements profonds qu'il a introduits dans l'organisation, le financement et la gestion du système.

Une attention particulière a été accordée aux conclusions et aux enseignements à tirer pour la mise en œuvre du PRODESS.

Le caractère multiforme et intersectoriel du projet, la multiplicité des intervenants et les niveaux auxquels il renvoie ont déterminé le choix de la méthodologie d'évaluation.

1.1. Méthodologie

Celle-ci comporte deux niveaux :

- L'un stratégique, l'autre opérationnel et donc une double démarche du haut vers le bas (Top Down) et du bas vers le haut (bottom-up).

Cette approche en "boucle" prend en compte également les contraintes et les atouts qu'a connu le projet et formule des recommandations reliées aux constats qui ont été faits.

D'une manière générale, la mission a opté pour une démarche pragmatique afin que l'évaluation puisse contribuer à consolider les acquis, alléger les contraintes et éventuellement procéder à des correctifs et des ajustements.

Les caractéristiques du projet justifient cette approche, la mesure exacte de tous ses effets est encore malaisée en raison de l'enchevêtrement des causalités, de l'ambiguïté de certains résultats et de l'évolution très lente de certains indicateurs.

Afin de mieux cerner le degré d'ancrage du PSPIR dans le contexte général, la première partie a été consacrée à une brève présentation des caractéristiques sociales, économiques et sanitaires du pays.

Le rappel des objectifs initiaux du PSPIR composante par composante sera ensuite abordé.

La 3^{ème} partie portera sur les réalisations du PSPHR par rapport à ce qui était prévu. On y trouvera en outre des analyses et des commentaires sur certains points importants pour la suite de l'évaluation.

Elle comporte également une analyse des procédures, des rythmes de mise en œuvre des différentes actions du projet, et de son financement.

Le dernier chapitre sera consacré à l'analyse approfondie des points forts et des points faibles, des problèmes que le PSPHR a contribué à résoudre, de certaines difficultés qui sont actuellement posées et des conclusions et recommandations finales.

2. Contexte général

2.1. Organisation administrative

Le Mali est un pays sahélien, situé au centre de l'Afrique de l'Ouest, et d'une superficie de 1.241.238 Km² ce qui fait de lui un des pays les plus vastes de la région ; il partage ainsi ses frontières avec sept pays qui sont :

- L'Algérie du Nord,
- La Mauritanie au Nord-Ouest,
- Le Sénégal à l'Ouest,
- La Guinée Conakry au Sud-Ouest,
- La Côte d'Ivoire au Sud,
- Le Burkina Faso au Sud-Est,
- Le Niger à l'Est.

N'ayant aucun accès à la mer, il est parcouru par deux grands fleuves de l'Afrique de l'Ouest : le Sénégal et le Niger.

Cet enclavement est aggravé par la faiblesse des infrastructures de communication. Le réseau routier reste insuffisant, le fleuve Niger navigable par tronçon n'est praticable que par les gros chalands de Juillet à Décembre sur le bief principal Koulikoro- Gao.

La population malienne est estimée à 9.190.846 habitants en 1996 et le taux de croissance annuelle moyen à 2,9 %.

Faiblement urbanisée, les ruraux représentent 80 % de la population, les moins de 18 ans 52 % et les plus de 55 ans seulement 6 %. La population du Mali est donc relativement jeune.

Sur le plan administratif le Mali est divisé en 8 régions et un District. Bamako, la capitale est administrée par un Haut Commissaire.

Les régions sont subdivisées en 46 cercles administrés par des commandants. Le District de Bamako est constitué de 6 communes, les cercles sont subdivisés en arrondissements dirigés par des chefs d'arrondissements.

Les arrondissements sont subdivisés en communes dont la création a été instituée par la loi : 96-159 du 4 Novembre 1996. On dénombre 664 communes rurales et 18 communes urbaines nouvellement créées au Mali. Les arrondissements sont appelés à disparaître progressivement au profit des communes.

Le but visé par le Gouvernement à travers la réorganisation territoriale et la décentralisation est le renforcement des capacités techniques, financières et institutionnelles des régions et des communes.

Ces actions devraient se traduire par l'émergence de nouveaux acteurs, la clarification et la répartition des missions, des rôles et des compétences entre l'Etat et les autres acteurs de développement.

2.2. Données économiques

L'économie malienne repose en très grande partie sur le secteur primaire qui fournit près de 43.6 % du PIB qui s'élevait à 1166 millions de F CFA en 1995. Le secteur primaire fournit les trois quarts des recettes d'exportation et occupe 80 % de la population active. La production de coton représente 7.9 % du PIB et l'élevage 11.3 %.

Les exportations sont assez peu diversifiées et dépendantes des cours mondiaux, elles couvrent environ 60 % des importations générant ainsi un déséquilibre structurel de la balance courante. Le secteur secondaire contribue pour 15.9 % et le tertiaire pour 40.5 %.

Fortement tributaire de la climatologie, le PIB connaît depuis 3 ans une croissance supérieure à celle de la population après plus d'une décennie de stagnation voire de régression.

Ainsi de :

- Moins 2.4 % en 1993 il est passé à 5.8 % en 1997. La dévaluation intervenue en 1994 explique en partie cette évolution positive en améliorant la compétitivité de l'économie malienne.
- Malgré cette amélioration, des problèmes structurels persistent liés à la faiblesse des infrastructures, au coût élevé des facteurs de production et la faible implication du secteur privé. L'épargne intérieure reste faible ce qui explique que l'investissement est assuré par le secteur public à 85 % sur financement extérieur.
- Le secteur de la santé a bénéficié de 1996 à 1998 de 12 % de l'investissement public total soit 57.6 milliards de F CFA se répartissant comme suit : 21.6 milliards en 1996, 22.7 en 1997 et 13.3 en 1998.

Le déficit budgétaire global reste élevé : 9.6 % du PIB en 1993 et 9 % en 1997. La dette extérieure s'élève à 1552 milliards de F CFA en 1995 et 1560 en 1996 ce qui représente une charge très lourde.

Il reste que la situation économique s'améliore et les indices macro-économiques reflètent le résultat des mesures d'assainissement des dépenses publiques et des réformes entreprises en matière de libéralisation et dans le domaine public et parapublic. Enfin depuis 10 ans la production vivrière couvre les besoins alimentaires et la production cotonnière a augmenté.

2.3. Situation sanitaire

Malgré les efforts entrepris dans le secteur de la santé, les indicateurs dans ce domaine sont loin d'être satisfaisants.

Certaines affections comme la lèpre, la tuberculose et l'onchocercose ont régressé : on note encore le prédominance des infections respiratoires aiguës, du paludisme, des diarrhées, du MST et Sida.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 123 pour 1000, la mortalité maternelle à 577 pour 100 000 naissances. Les couches les plus vulnérables de la population sont évidemment les plus touchés, selon l'étude sur la pauvreté, 72 % de la population vivrait au-dessous du seuil de la pauvreté (1).

Cette situation est aggravée par de sérieuses insuffisances au niveau de l'hygiène du milieu, de l'assainissement, de l'adduction en eau potable. Seulement 48 % de la population (36 % en milieu rural) a accès à l'eau potable.

A cela s'ajoute un taux de scolarisation faible 39.4 % au premier cycle, le taux pour les jeunes filles n'est que de 32.4 % ; le taux d'alphabétisation est également très bas 22.9 % (9.3 % en milieu rural). Ces taux faibles expliquent la persistance, d'attitudes et de comportements néfastes à la santé et une croissance démographique encore élevée.

(1) chiffre 1996 source PDSS

La couverture sanitaire reste faible : 28 % dans un rayon de 5 Km et 41 % dans un rayon de 15 Km et une faible utilisation des services de santé, de l'ordre de 0.3 contact par individu et par an (chiffre 1996 Sources PDSS).

L'appauvrissement, la précarité ont fait apparaître surtout en zones urbaines des problèmes sociaux et certaines formes d'exclusion touchant les couches les plus vulnérables que sont les femmes, les enfants, les jeunes et dans une moindre mesure les personnes âgées.

Comme beaucoup de pays de la région, le Mali ne dispose pas d'un système de protection sociale approprié. L'actuel système ne couvre que moins de 10 % de la population totale, fonctionnaires, salariés du secteur privé et parapublic.

Cette situation pose avec acuité le problème de l'accessibilité financière d'une très grande partie de la population et du sous-financement du secteur moderne de la santé. Cet aspect constitue une difficulté de la politique sectorielle.

2.4. La politique sectorielle de santé

En Décembre 1990, le Mali a adopté une politique sectorielle de santé et de population avec comme objectifs principaux :

- L'augmentation de la couverture sanitaire par la création de nouveaux centres de santé communautaires et la revitalisation des centres de santé de santé existants ;
- La participation effective des communautés dans la création et la gestion des centres de santé de première ligne ;
- L'amélioration de la qualité des soins par l'intégration de certaines activités, la définition d'un paquet minimum d'activités (PMA) et la disponibilité des médicaments essentiels ;
- La mise en œuvre de cette politique s'est faite en particulier par le PSPHR cofinancé par plusieurs bailleurs de fonds multi et bilatéraux.

Ce projet qui n'a effectivement démarré qu'en 1993 est en cours d'achèvement et constitue l'objet de la présente évaluation.

3. Le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale

3.1. Rappel des objectifs

Dans le cadre d'un programme intégré de réformes institutionnelles, de politique sectorielle et d'investissements, le Projet avait pour mission d'appuyer les efforts du Gouvernement pour améliorer la santé de la population en particulier des femmes et des enfants, de mettre en œuvre sa politique de population et d'élargir l'accès des communautés rurales pauvres aux services de santé et à l'eau salubre.

Pour atteindre ces objectifs le Projet comprenait trois composantes :

3.2. Composante santé

Elle devrait permettre d'étendre la couverture et d'améliorer la qualité des soins.

- Directement dans quatre régions ainsi que dans la capitale grâce à un programme décentralisé de développement sanitaire fondé sur les cercles, avec la construction / réhabilitation des centres de santé primaires et de centre de référence ainsi que sur la participation active de la communauté, des ONG, et du secteur privé.
- Indirectement grâce à l'amélioration de la planification et la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ainsi que la fourniture des médicaments essentiels.

2.4 millions d'habitants (31 %) de la population du Mali devraient être les bénéficiaires directs de la composante santé. Le pourcentage de couverture des cas de maladies pour cette population cible doubler à la fin 1997 pour atteindre 60 %, le pourcentage d'enfants totalement immunisés avant l'âge d'un an devrait passer de 25 à 48 % ; 60 % des femmes enceintes devaient bénéficier de soins prénataux (au moins deux visites).

En outre, il était attendu un renforcement des compétences du MSPAS en matière de planification de gestion et de coordination des programmes de développement sectoriel.

3.3. La composante population

Elle avait pour but de renforcer les institutions chargées de diffuser et de mettre en œuvre la politique nationale de population, de planifier, de gérer et évaluer les programmes de planning familial.

- D'accroître la demande, la disponibilité et la qualité des services de planning familial dans l'ensemble du Pays ;
- La composante population avait pour but la sensibilisation aux problèmes de démographie et l'acquisition de compétences dans ces domaines au niveau local, régional et central ;
- La mise en place de programmes d'information et de circuits de distribution, 75 % des femmes en milieu urbains et 50 % en milieu rural devaient être totalement informées des méthodes modernes de P.F et le taux d'utilisation des contraceptifs passé de 1 % à 10 % dans les régions du Projet et 8.5 % dans l'ensemble du Pays

3.4. La composante Hydraulique Rurale

Cette composante devait améliorer l'approvisionnement en eau potable pour la population rurale de la zone du Projet, appuyer la participation des communautés à la gestion financière et technique de l'alimentation en eau des zones rurales et enfin mettre en œuvre un programme d'iodation dans les zones où existent des carences en

iode. Elle devait également renforcer les effets de la composante santé en fournissant à la population cible du Projet l'accès à l'eau salubre.

Tels sont donc les objectifs assignés au PSPHR, leur degré de pertinence par rapport aux besoins et à la problématique sanitaire du Pays peut être considéré avec le recul comme très élevé.

Cela est dû en partie au fait que la préparation du Projet a bénéficié largement des enseignements et des résultats mitigés, pour certains du projet précédent : le PDS.

4. Les Réalisations

4.1. Composante santé

A la fin de 1998, 91 centres de santé à gestion communautaires (CSCOM) et 46 centre de santé d'arrondissement revitalisés (CSAR) ont été réalisés. Toutes ces structures ont été équipées en matériel technique et en médicaments essentiels.

En outre, 14 autres structures de premier niveau sont actuellement en cours de réalisation. Sur l'ensemble du Projet, le taux de réalisation est donc de 75.8 % pour les CSCOM et de 188 % pour les CSAR.

Les taux de réalisation pour les structures de première référence sont les suivants : sur plus de 30 cercles élus au financement du PSPHR contre 21 prévus initialement, 22 ont été entièrement réhabilités soit 104.76 %.

5 centres de santé de cercle sur les 23 ont été entièrement équipés, 18 autres centres sont actuellement en cours d'équipement.

Seuls 7 centres de santé de cercle (CSC) sont fonctionnels et offrent des services de référence et assurent la gestion du système de santé des cercles.

Au-delà des chiffres ce qui est important à retenir c'est le décalage entre le rythme de réalisation des structures de 1^{re} ligne et les CSR qui devraient constituer le premier niveau de référence.

Ce décalage aura des conséquences sur l'organisation de la chaîne des soins et sur la mise en place d'un cercle véritablement opérationnel.

L'insuffisance de structures de 1^{er} niveau de référence risque dans certains cas de compromettre les efforts consentis par l'Etat et par la communauté pour la consolidation d'une ligne périphérique. Ce point sera repris ci-après.

- Sur un autre plan il faut signaler la reconstruction, la rénovation et l'équipement de directions régionales de santé (DRS) ;
- Les autres réalisations du PSPHR sont malaisées à évaluer, les interventions sont en effet multiformes et touchent de manière directe ou indirecte tous les segments du système de santé.

Parmi les réalisations qui ont eu le plus d'impact, il faut mentionner l'élaboration d'un schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels. Ce point sera développé à la fin de cette partie.

- Un schéma directeur pour le système national d'information sanitaire et social
- Le PSPHR a de plus participé et / ou financé de nombreuses "études (16) qui ont contribué à l'élaboration du PRODESS mais également à l'analyse de certains problèmes particuliers.

Un effort intense de formation a été également consenti ainsi : 5 739 personnes ont bénéficié de formation continue dans de très nombreux domaines. Il convient de souligner que cette formation a bénéficié aussi bien au personnel du secteur public qu'à celui des ONG et des agents de santé communautaire.

Deux stratégies nationales l'une relative à la formation continue, l'autre à l'IEC ont été élaborées. En matière d'outils pédagogiques 8 modules de formation ont été conçus et serviront à consolider les acquis de la politique sectorielle de santé et de population.

Ce bilan de la composante est loin d'être exhaustif, d'autres actions du PSPHR ont appuyé et/ou facilité l'exécution de nombreuses activités de Santé Publique, depuis les actions de supervision jusqu'aux activités de formation de lutte contre le SIDA à travers un soutien substantiel au PNLS, des enquêtes de prévalence des MST/SIDA, des campagnes multimédias, la mise à disposition des réactifs test et la formation du personnel.

En fait et pas seulement pour la composante santé le Projet par sa flexibilité a très souvent pallié les défaillances des différents maillons du système permettant ainsi la continuité des activités. L'impact dépasse largement l'aspect purement quantitatif. Il est permis de dire que le PSPHR a joué un rôle structurant, modifiant profondément et de manière positive la problématique sanitaire. Il faut rappeler que l'un des objectifs de la politique sectorielle était de passer d'une logique administrative à une logique fonctionnelle et populationnelle rapprochant les activités et les ressources le plus près possible des populations.

Parmi les autres résultats méritant d'être relevés, il faut citer:

- La démarche intéressante, que les cercles ont dû suivre pour être éligibles au financement
Les critères exigés ont permis une très large initiation et la diffusion de la "culture" et des techniques de planification parmi les techniciens mais également et surtout parmi la population qui a participé largement à l'ensemble du processus.
Ce point constitue un atout important pour l'avenir même si certaines remarques ont pu être faites concernant certaines lenteurs, ces observations sont essentiellement formulées par la FENASCOM.
En tout état de cause, il est impératif de consolider et d'étendre cette approche très positive, sous réserve de veiller à ce que les processus ne se transforment pas en procédures et de consolider l'effort de planification de programmation et de budgétisation.

- L'approche COMMUNAUTAIRE, elle constitue l'originalité et l'essence même du projet. Elle représente paradoxalement l'aspect le plus important pour l'avenir mais également celui qui a posé le plus de problèmes. Cet état de fait somme tout naturel pour des mécanismes délicats qui renvoient à des facteurs socio - culturels encore mal maîtrisés et de surcroît marqués par des échecs antérieurs devra être corrigé au fur et à mesure de son extension et de son approfondissement (ce point sera repris dans l'avant dernière partie).

Toutefois la principal critique qui peut être adressée à cette démarche capitale est le peu de participation des femmes à tous les niveaux. La composante féminine et sa participation active est vitale pour les activités sanitaires, et pour la lutte contre les comportements et les attitudes néfastes pour la santé.

Beaucoup de problèmes proviennent également de conflits entre la "logique" technicienne qui par essence est parfois rigide et une dynamique communautaire mouvante et très difficile à organiser et planifier.

Le rapprochement entre ces deux logiques en particulier par la formation constitue un axe prépondérant de travail pour les prochaines années.

- La définition et la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités pour les structures de premier niveau qui semble correspondre aux besoins essentiels de la population.
- La restructuration de la PPM et sa transformation en un instrument beaucoup mieux adapté à sa mission, aux besoins sanitaires et à la mise en œuvre du PSPHR. Cette adaptation nécessaire a constitué un préalable et expliquerait en partie les retards dans le lancement du PSPHR. En tout état de cause, le renforcement des capacités managériales de la PPM, l'élaboration d'un schéma directeur du médicament et surtout la création de pharmacies inter hospitalière ont très largement amélioré les résultats du PSPHR.

Il est connu que l'introduction des médicaments essentiels et des génériques se heurte à la formation initiale et aux habitudes professionnelles des prescripteurs.

En initiant les universitaires à la prescription des Médicaments Essentiels et des génériques, les pharmacies inter - hospitalière constituent un rouage essentiel de la politique sanitaire. La mission recommande d'accorder à ce point une place centrale dans la mise en œuvre du PRODESS.

- Sur un autre plan, les réalisations importantes en matière d'infrastructures et d'équipements ont permis d'amasser un capital méthodologique et un savoir-faire importants : plans types, normes de constructions, cahiers des charges, nomenclature des équipements, procédures d'appels d'offre, qui contribuent à faire des économies d'échelle et à élaborer la normalisation et la standardisation des infrastructures et des équipements.
- Enfin le découpage des circonscriptions socio-sanitaires en aires de santé fonctionnelles fondées essentiellement sur un bassin de population a amélioré l'accessibilité géographique, facilité les activités de santé publiques mais surtout contribué au passage d'une organisation administrative à une organisation plus fonctionnelle du système de santé.

En conclusion, il est permis d'affirmer que les conditions d'éligibilité au financement des cercles, la participation active de la population, la disponibilité de médicaments accessibles financièrement à la population, la coordination des actions des différents intervenants sont de sérieux atouts pour la mise en œuvre du PRODESS. Enfin l'objectif principal du PSPHR de faire du cercle le pivot opérationnel de la pyramide sanitaire peut être considéré comme atteint sous réserve de corriger certaines défaillances au niveau des CSR.

De manière plus concrète 1 PSPHR a permis une sensible amélioration de la couverture sanitaire entre 1992 et 1998.

Selon le rapport d'activités 1998 dans la zone du projet 28% de la population se trouverait dans un Rayon de 5km d'une structure de santé et donc du PMA selon le rapport et 41% dans un rayon de 15km soit une couverture globale de 51% contre 46% pour l'ensemble du pays.

Le tableau suivant donne des éléments de comparaison entre la zone du projet et le reste du pays. Il convient de relever l'écart pour ce qui est des accouchements assistés 39% contre 28% ainsi que pour les consultations prénatales.

En revanche et malgré les efforts déployés en matière de planning familial les performances restent identiques. Cet état de fait illustre l'importance des facteurs socio-culturels fortement attachés à ce type d'activité et auxquels il n'est pas toujours accordé l'importance nécessaire, ce qui réduit l'efficacité des activités entreprises.

On trouvera également en annexe des données sur l'utilisation des services. Ces données confirment d'une manière générale une meilleure fréquentation des services et un recours plus important de la population aux activités du PMA.

ACTIVITES	ZONE PSPHR	ENSEMBLE DU MALI
CURATIVE	17%	16%
CONSULTATION PRENATALE	43%	36%
ACCOUCHEMENT ASSISTES	39%	28%
PLANNING FAMILIALE	2%	2%
BCG	69%	64%
DTCP3	50%	44%
VAR < 1 AN	51%	47%
VAT RAPPEL FEMME ENCEINTE	15%	12%
ACCESSIBILITE AU PMA:		
<5km	28%	24%
<15km	41%	38%
Total	51%	46%

4.2. La composante population

De multiples actions ont été entreprises dans le cadre de l'exécution de la composante population que ce soit pour l'IEC, la formation, le Marketing Social des contraceptifs, la diversification des méthodes de PF, l'intégration de la PF dans le PMA, la Distribution à Base Communautaire des contraceptifs par l'ensemble des intervenants (Population council, le FASEF, l'AMPPF) et coordonné par la DSFC.

Le FASEF a été mis en place par le Gouvernement et certains bailleurs de fonds dont l'IDA, la KFW, le FED et l'USAID pour financer les activités des organismes publics, privés et à caractère associatif dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de population adaptée par le Mali en 1995.

Cet organisme constitue donc un instrument intéressant et une approche nouvelle de financement sur la base du partenariat. 347 dossiers ont été soumis au fonds dont 85 % concernent les ONG et des associations ; 12 % d'organismes privés et 3 % du secteur public ; 50 projets ont été programmés dont 49 en cours d'exécution.

Ces chiffres ne doivent pas masquer un certain nombre de difficultés dont la plupart sont liées au caractère nouveau et à la "jeunesse" de l'organisme.

En tout état de cause et sous réserve d'un bilan, de justificatifs, et de mesures d'ajustement, la mise en place du FASEF constitue malgré ces limites un outil intéressant qui permettra la démultiplication des actions de l'Etat en matière de population et la participation de la communauté à la mise en œuvre des stratégies.

De multiples actions ont été entreprises dans le cadre de la composante population que ce soit pour l'IEC, la formation, la distribution à base communautaire de contraceptifs essentiellement comme on vient de le voir par le biais du FASEF mais surtout de nombreux autres intervenants en collaboration avec la DSFC.

Le rapport d'étape du PSPHR novembre 1998 indique que la prévalence contraceptive varie de 2.40 % à 27.11 % dans les zones couvertes par les projets.

Ces chiffres sont peut être indicatifs d'un certain nombre de difficultés qu'a connu la composante population.

Les facteurs socioculturels fortement attachés à ces activités n'ont peut être pas été suffisamment évalués et pris en charge notamment par le biais de l'IEC.

Cette dernière n'était pas adaptée et nécessitait de gros efforts en vue de mieux l'ajuster aux besoins, or la composante population, a démarré relativement tôt et a connu un rythme de réalisation qui n'était pas compatible avec la capacité d'absorption et d'appropriation de l'environnement socioculturel.

Cet aspect et le décalage dans la mise en place du 1^{er} niveau de référence appellent un certain nombre de remarques. En premier lieu, la diversité des composantes a compliqué l'établissement des priorités et a posé des problèmes quant au démarrage et au rythme de réalisation de certaines actions.

Certaines d'entre elles, comme l'IEC par exemple et la formation prennent beaucoup plus de temps bien qu'elles constituent parfois des préalables. Ce problème de synchronisation et d'ordonnancement des activités dans le temps est difficilement évitable pour ce type de projet en raison de sa nouveauté. L'expérience accumulée dans le cadre du PSPHR doit être capitalisée et utilisée afin d'atténuer les problèmes semblables qui risquent de se poser à l'avenir.

En tout état de cause, ces problèmes de planification ont contribué à affaiblir l'efficacité des actions entreprises dans le domaine de la population et à poser le problème du coût de certaines interventions par rapport à leurs efficacités.

Par ailleurs se pose la question de la fiabilité des estimations de prévalence contraceptive et des articulations du sous-système d'information.

En tout état de cause, l'objectif fixé : 11 % de prévalence sur une période aussi courte n'est pas une référence permettant d'apprécier les performances de la composante population. D'autres facteurs nécessitant beaucoup plus de temps n'ont pas été suffisamment pris en compte. Il s'agit essentiellement comme cela a été mentionnée de l'extension de la couverture médicale, de l'amélioration de l'état sanitaire mais surtout du changement de statut de la femme, de son implication dans la vie communautaire, et de son niveau de scolarisation et d'alphabétisation.

Réduire l'approche dans ce domaine à de simples techniques, à la distribution de produits contraceptifs ou à l'assistance technique au détriment de ces facteurs socio-culturels risquent d'aboutir à des résultats contre-productifs et dans des cas extrêmes au résultat inverse.

Sur le plan financier, la participation de l'USAID représente près de la moitié du budget du PSPHR, et a été consacrée presque exclusivement à la composante population, ceci pose le problème de la répartition des ressources entre les différentes activités, et nécessitera peut-être, à l'avenir un effort de rééquilibrage.

4.3. Composante Hydraulique

Avant d'aborder les réalisations physiques dont certaines ont dépassé les objectifs initiaux, il convient de signaler que la mise en place de comités de gestion a été jugée comme une action majeure y compris et surtout par les collectivités villageoises.

L'approche s'est adaptée aux réalités du terrain ainsi certaines collectivités avaient déjà leur propre organisation, avec un règlement intérieur, une caisse de la pompe et des stratégies de collecte des moyens financiers afin d'assurer la maintenance.

La formation prodiguée par l'équipe d'animation a permis d'améliorer et de renforcer les initiatives déjà prises.

Pour les autres, l'accueil a été favorable et l'approche s'est faite au cas par cas et s'est adaptée aux spécificités locales, les cotisations ont été monétaires dans certains cas et sous forme de journée de travail dans d'autres.

Certains revenus ont été générés par la tenue d'un champ collectif et ont permis d'assurer la maintenance des pompes.

Dans la quasi-totalité des villages, les comités de gestions assument correctement leur rôle et certains ont constitué le point de départ d'autres actions de développement communautaires.

D'une manière générale, 454 conventions ont été signées, 448 participations collectées, 406 comités de gestion de point d'eau installés.

Sur le plan physique, de 1992 à 1996, il a été procédé à la réhabilitation de 620 pompes sur 500 prévues. De 1994 à 1997, 450 forages sur 285 prévus dans les cercles de Kolondieba et Bafoulabé ont été réalisés.

En 1998, 49 forages ont été effectués. Il faut enfin signaler que trois magasins dont 2 privés de pièces détachées ont été mis en place et trois études sur les besoins en eau potable dans les régions de Koulikoro, Mopti et Ségou effectuées en 1992.

On le voit, l'évolution et la réalisation de la composante hydraulique peuvent être considérées comme satisfaisantes. Ses retombées sur l'approche communautaire sont importantes et les réalisations physiques ont parfois dépassé les objectifs.

En revanche, l'impact sur l'état sanitaire de la population est plus délicat à mesurer s'il est certain que l'eau constitue un déterminant majeur pour la santé, la mesure des effets est par contre difficile. A cet égard, on peut déplorer qu'il n'y ait pas eu d'enquête épidémiologique à la fin du Projet, comme celle qui a eu lieu à son début.

Cette étude, et c'est là une recommandation de l'évaluation reste à mener afin de mesurer l'impact réel sur la santé de la population en général et les maladies à transmission hydriques en particulier.

En tout état de cause, l'adjonction d'une composante hydraulique au PSPHR peut-être considérée comme positive. Au-delà des résultats physiques obtenus elle a permis :

- De sensibiliser les populations à la réalisation d'adduction en eau potable et les problèmes de santé ;
- De renforcer par effet de synergie la composante communautaire du Projet ;
- De contribuer au décloisonnement entre les différents opérateurs directs ou indirects dans le domaine de la santé et de prendre en compte ainsi l'aspect intersectoriel des problèmes sanitaires.

5. Les procédures d'exécution du Projet et le Financement

5.1. Les procédures d'exécution du Projet

Les caractéristiques du Projet qui viennent d'être mentionnées, la multiplication des intervenants qu'ils soient nationaux ou internationaux, son financement par des sources différentes ont révélé et / ou aggravé le manque d'adaptation et de souplesse des structures institutionnelles traditionnelles.

Le retard dans le démarrage du Projet peut en grande partie être imputé à cet état de fait. C'est en levant un certain nombre d'obstacles réglementaires voire législatifs que le Projet a pu prendre sa " vitesse de croisière ". En allégeant certaines procédures, en autorisant des dérogations au cadre réglementaire, l'Etat et le Ministère de la Santé ont incontestablement facilité la mise en œuvre du Projet.

Le Ministère de la Santé a su réagir de manière positive aux pressions des intervenants extérieurs mais également à celle des populations qui ont parfois pris de vitesse des échéanciers prévus et débordé le cadre réglementaire mis en place.

Cette souplesse et cette adaptation ont, comme cela sera examiné, facilité la mise en œuvre du Projet mais sont peut-être à l'origine d'un certain nombre de dysfonctionnements et de déséquilibres en particulier pour ce qui est de l'approche communautaire.

La complexité dans le choix des priorités et du timing deancements des différentes actions, constitue également un facteur de blocage et dans certains cas a compromis la pertinence des objectifs retenus, (cf. le cas des CSR).

D'une manière générale, ces difficultés somme toutes normales pour ce type de Projet, ont pu trouver des solutions grâce à une volonté politique certaine mais également grâce aux structures techniques notamment la CC-PSPHR qui a eu un rôle déterminant à tous les niveaux.

Nécessaire dans le contexte particulier du lancement du Projet, cette démarche pose cependant un certain nombre de problèmes qui seront abordés au chapitre suivant et dont le moindre n'est pas la clarification du rôle et des responsabilités de chaque structure pour la mise en œuvre du PRODESS.

Avant d'aborder le chapitre suivant qui sera consacré à l'analyse approfondie des points forts et des points faibles du PSPHR, des problèmes qu'il a réglés, des problèmes qu'il pose et de l'urgence de ménager une transition opérationnelle afin de ne pas perdre les acquis substantiels obtenus. Il paraît utile d'étudier de manière sommaire les sources et les mécanismes de financement.

5.2. Le financement

Le coût global du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale est exprimé à environ 50 milliards de FCFA (voir annexe A., 1er tableau : "PSPHR Sources de Financement").

Cette somme représente l'engagement des différents bailleurs ainsi que la participation de l'Etat malien.

Il convient cependant de préciser que les 14,3 millions de dollars constituent en faite le montant des accords de financement prévisionnels des différents partenaires. Ils ne sont pas toujours équivalents aux décaissements réels effectués au cours de l'année. On trouvera en annexe des données permettant de suivre de 1992 à 1998 l'évolution réelle et par bailleur du décaissement.

Le financement de l'USAID constituera près de la moitié de l'enveloppe globale (47%). Il convient cependant de signaler que le montant de 41.500.000 \$ US couvre la participation de l'USAID dans l'ensemble du domaine de la santé au Mali.

Il n'a pas été possible d'évaluer avec précision la participation des communautés et autres intervenants qui participait indirectement à la mise en œuvre du PSPHR.

La composante santé a bénéficié de 28 % de ce budget, la composante population de 47 % et la composante hydraulique de 14 %, le reste étant affectés à la CC-PSPHR (chiffre provisoire).

Sur l'ensemble de ces financements, seul celui de la Banque Mondiale est un prêt, les autres étant des subventions. La CC-PSPHR gère les fonds de roulement pour les dépenses de fonctionnement alimenté essentiellement par la Banque Mondiale, la KFW et l'USAID.

La KFW et la Banque Mondiale ont confié à la CC-PSPHR la gestion de l'ensemble de leurs financements.

L'USAID gère le reste de son financement à travers des contrats directs passés avec les agences d'exécution ou des sous-contractants. Le FED gère la totalité de son financement mais la CC-PSPHR participe aux passations de marché, il en est de même pour l'UNICEF.

Le fait que certains partenaires utilisent directement à leur niveau une partie des ressources financières, rend difficile pour la CC-PSPHR de procéder à une analyse approfondie de l'allocation et l'utilisation des ressources.

Il semble toutefois nécessaire de faire ce travail ultérieurement afin de permettre le croisement des données:

- Par bailleurs de fonds et par composante
- Par niveau de la pyramide sanitaire
- Par types d'activités
- Par nature de financement (prêts ou dons)
- Par nature des dépenses: investissements ou fonctionnement

Les conclusions de ces travaux pourraient valablement constituer une base de départ et une banque de données pour des études sur les coûts des activités notamment pour ce qui est de la composante santé (cf.recommandations N° 20).

Il convient de signaler que le projet a fait l'objet d'audits annuels permettant un suivi régulier.

6. Les points forts du PSPHR

Conçu à l'origine comme un instrument de mise en œuvre de la politique sectorielle de santé (PSSP) que le Mali a adopté le 15 Décembre 1990, le PSPHR a profondément modifié la problématique sanitaire nationale ; instrument de mise en œuvre, mais souvent véritable "locomotive" à la fois objectif et moyen, le PSPHR par ses approches innovantes est parfois source d'ambiguïté qui compliquent son évaluation.

D'autant que certains de ses résultats ne pourront être évalués que dans les prochaines années.

En tout état de cause, son impact est déterminant sur l'organisation, le financement et la gestion du système sanitaire au point qu'il est permis d'affirmer qu'il a amené la système de santé à une étape cruciale de son développement.

Par son effet " structurant " le PSPHR a en effet largement contribué à la résolution de nombreux problèmes, mais ce faisant à en même temps introduit des ruptures de cohérence dans les différents segments du système (ce point sera repris ci-après).

Auparavant, il paraît utile d'analyser ses points forts.

D'une manière générale les actions multiformes du Projet ont touché de manière directe ou indirecte l'ensemble des composantes du système sanitaire.

Toutes les analyses convergent sur la constatation qu'il a constitué un cadre de travail qui a facilité une large concertation et une coordination étroite entre tous les partenaires.

Le PSPHR a permis un décloisonnement entre les différents opérateurs qu'il soit à l'intérieur du système (intra-sectoriel) ou à l'extérieur (intersectoriel) et une large circulation de l'information.

Il a contribué à atténuer voire à éviter les sérieux problèmes de coordination que posent souvent les différentes interventions extérieures. De l'avis général ce Projet a permis d'établir une coordination à un double niveau :

- Entre les institutions et organismes nationaux et les intervenants extérieurs,
- Mais également et surtout entre les différents bailleurs de fonds eux-mêmes.

Sur un autre plan le PSPHR a constitué un lieu de rapprochement et de conjonction entre les décisions techniques et la mise en place des ressources évitant ainsi des hiatus et des solutions de continuité préjudiciables à la poursuite des activités.

Il a également fortement contribué à rapprocher les centres de décision et à harmoniser les différents niveaux stratégiques et opérationnels, techniques, administratifs et financiers.

Cette synergie et cette concertation reposent essentiellement sur des approches nouvelles beaucoup mieux adaptées aux problèmes.

A titre d'exemple, la mission a pu visiter un CSCOM dans la commune V qui a développé ses activités dans une structure louée à un particulier. Bien que les conditions de travail soient loin d'être optimales le centre conduit des activités de manière correcte qui répondent à l'attente des populations.

Il convient de signaler qu'un CSCOM neuf récemment bâti dans un quartier mitoyen connaît de sérieuses difficultés et ne parvient pas à assurer correctement sa fonction.

Le découpage en aires sanitaires fonctionnelles sur la base d'un bassin de population a contribué à rapprocher les usagers des activités, y compris pour la plupart des programmes dits " verticaux ".

Il est permis de parler d'amélioration de l'accessibilité géographique, de l'accessibilité organisationnelle et du passage d'une organisation administrative à une organisation plus fonctionnelle.

Les plans sanitaires de cercle ont permis l'initiation et une large diffusion des techniques de planification, de programmation et budgétisation favorisant ainsi une planification du " bas " vers le " haut " qu'en règle générale il est difficile de mettre en place.

Ce foisonnement d'activités, la flexibilité des approches ont fait du PSPIR un terrain et un véritable laboratoire de recherche opérationnelles ; ce qui a permis d'amasser un remarquable capital méthodologique au niveau stratégique, opérationnel et surtout communautaire.

Le plan décennal et le PRODESS ont largement bénéficié de ces résultats.

Le Projet a également permis une action massive de formation et de recyclage dont les résultats sont appréciables.

Sur un autre plan, la mise en place d'un schéma directeur et la disponibilité du médicaments sont également à mettre en grande partie à l'actif du PSPHR. Compte tenu de la situation de départ ces résultats sont largement positifs même si certains problèmes restent posés (vois ci-après).

Il en est de même pour la dynamique communautaire que le Projet a contribué à stimuler et encourager. Là encore, les résultats obtenus sont substantiels mais risquent d'être compromis si un certain nombre de mesures et de correctifs ne sont pas pris à court et moyen terme.

Enfin, l'un des aspects les plus intéressants à retenir est le rôle qu'a joué le Projet dans la mise en place ou le soutien d'un certain nombre d'organisation d'appui, public ou non public à la politique sanitaire (le CНИЕCS, le Groupe Pivot et la FENASCOM).

Ces organisations peuvent constituer des outils et des instruments précieux qui pourront démultiplier l'action de l'Etat dans le secteur de la santé en y associant la société civile.

Malgré certaines difficultés, des résultats encourageants sont à relever. Ainsi le Groupe Pivot a permis la diffusion de la culture et de l'organisation des ONG au Mali. Les actions de formation, de recyclage et d'encadrement dont certains ont bénéficié de l'appui PSPHR constituent des atouts pour l'avenir.

Il en est de même pour le CНИЕCS qui a permis d'entamer le regroupement des compétences et des activités d'IEC auparavant dispersées et inefficaces.

Le Projet de transformer le statut de cet organisme afin de le rendre autonome constitue une perspective encourageante.

La FENASCOM et les FERRASCOM peuvent également constituer des partenaires privilégiés pour la résolution des problèmes nouveaux qui commencent à apparaître et pour procéder aux correctifs nécessaires afin de consolider l'approche communautaire.

Ces organismes peuvent valablement participer à l'avenir à la réflexion sur la mise en place de mécanismes de solidarité fondés sur l'anticipation et la répartition du risque maladie et à des systèmes alternatifs de financement.

Pour ce qui est du FASEF et du GIF, il semble nécessaire d'approfondir leur rôle et leurs missions à la lumière d'un bilan plus approfondi et d'opérer les correctifs nécessaires.

7. Les points faibles

L'ensemble de ces actions intéressantes, les résultats positifs obtenus ne doivent pas masquer une série de difficultés dont certaines sont paradoxalement dues à l'atteinte des objectifs fixés.

Ainsi l'approche communautaire a contribué incontestablement à impulser une dynamique nouvelle et à faire participer la population à la prise en charge de ses problèmes. Elle a cependant créé un certain nombre de dysfonctionnement voire de dérives.

De l'avis général et dans de nombreux cas, la question d'une répartition plus équilibrée des pouvoirs commence à se poser.

Partant du principe de "Qui paie commande" un certain nombre de comités de gestion prennent des décisions capitales sans aucune concertation avec le médecin ou l'infirmier créant ainsi des situations préjudiciables à la stabilité du personnel.

Les responsables et en particulier certains médecins à Bamako se plaignent de ne pas être impliqués dans la prise de décision et dans la gestion de leur centre.

A l'intérieur même des ASACO commence à apparaître des difficultés et une tendance à concentrer le pouvoir de décision chez une ou deux personnes. En zone rurale, le village site a tendance à prendre le pas sur les autres villages de l'aire.

Enfin, le renouvellement des instances communautaires ne s'est pas fait comme le prévoyaient les textes portant création des ASACO, ce qui risque de vider de sa substance la philosophie communautaire et de compromettre la crédibilité des conventions de partenariat entre l'Etat et les collectivités.

Chaque partenaire doit en effet tenir ses engagements et les ASACO respecter les procédures de gestion, présenter des justificatifs nécessaires et rendre compte de leurs activités.

Les tolérances accordées compte tenu des difficultés de démarrage ne doivent pas se pérenniser et s'ériger en règle.

Sur un autre plan, la planification du "bas" vers le "haut" présente des avantages certains et un meilleur ajustement de l'offre à la demande. Elle nécessite toutefois un encadrement et un suivi qui devraient se faire essentiellement à l'échelon régional.

Celui-ci ne doit plus être simplement un relais entre les cercles et l'échelon central mais un instrument de régulation et d'harmonisation de l'ensemble de la région. Le risque majeur est en effet dans ce domaine une atomisation et une dispersion des efforts, l'échelon central doit jouer un rôle accru afin d'éviter de passer d'un centralisme excessif et paralysant à une situation incontrôlée et une fragmentation des activités.

La dichotomie entre les CSCOM et les CSAR inévitable au début, constitue également un obstacle à surmonter. Ainsi, l'absence de plan de carrière, l'insécurité de l'emploi, le fait que la relation ASACO-personnels ne soit pas régie par un cadre réglementaire mais par cooptation et relation interpersonnelle, ont aggravé l'instabilité du personnel et portent préjudice aux activités.

Les besoins de santé d'une population ne doivent pas dépendre exclusivement de relations interpersonnelles mais de dispositifs et de mécanismes moins aléatoires. Il est vrai que la création des CSCOM a créé des situations exceptionnelles que des institutions classiques comme la fonction publique ne pouvait pas prévoir. Les réponses à l'avenir doivent également être exceptionnelles et les solutions originales afin d'arriver à gommer progressivement cette dichotomie qui sera de plus en plus préjudiciable.

En retour, le rôle des ASACO ne doit pas S'ARRETER A LA MISE EN PLACE DES CSCOM, cette étape était certes nécessaire mais il devient de plus en plus évident que le CSCOM n'est pas une fin en soi mais un moyen.

Le concept de l'approche communautaire doit être élargi et approfondi ; cela peut se faire essentiellement dans quatre directions :

- Dans le domaine de l'amélioration des activités et surtout de la gestion ;
- Vers les stratégies avancées dans certaines régions ;
- Vers les facteurs hors champ sanitaire mais qui ont un impact déterminant sur la santé comme l'hygiène du milieu, l'assainissement et l'adduction en eau potable;
- Vers le premier niveau de référence et l'organisation de liens fonctionnels entre ce niveau et le CSCOM. Il convient de signaler que des initiatives dans ce domaine ont été prises notamment pour ce qui est du transport des malades.

Une autre dépendance est à prendre en considération. Elle concerne le recouvrement des coûts où les médicaments constituent une source de financement prépondérante.

Cet état de fait aboutit parfois à une séparation artificielle du circuit du médicament des autres composantes de l'approche et est peut être la source d'un manque d'intégration. Le médicament est certes une composante essentielle et un facteur de fréquentation mais il ne doit pas fonctionner selon une logique interne en décalage avec le reste du système.

Il en est de même pour le recouvrement des coûts qui ne peut pas être considéré comme une fin en soi mais une contribution des usagers au financement et à l'amélioration des soins.

Faute de régulations financières et de suivi, on aboutit parfois à des situations paradoxales où des sommes importantes sont accumulées à travers les structures alors que des ressources financières pour des activités prioritaires font défaut.

A titre d'exemple, l'ISAS a relevé il y a quelque temps qu'environ 500 millions de F CFA étaient déposés à travers les structures au titre du médicament alors que les inventaires étaient au même niveau.

Au-delà de ces chiffres, ce qu'il est important de noter, c'est que le recouvrement des coûts risque de devenir une fin en soi, un moyen d'accumuler les ressources financières alors que l'objectif est tout autre. Cet état de fait illustre également l'absence de mécanisme de suivi, de régulation et parfois une trop grande autonomie financière des ASACO qui dans certains cas ont tendance à fonctionner comme des entreprises qu'elles ne sont pas.

Outre le suivi et l'encadrement, la solution de ces difficultés inévitables au début, passe par la mise en place de mécanismes de régulation sur deux plans :

- La FENASCOM, les FERRASCOM, les ASACO,
- Les structures de l'Etat.

De manière à procéder à une utilisation et à une ré-allocation des ressources plus rationnelles et plus équitables. A long terme, des procédures de péréquation pourraient être prévues, la réflexion peut être entamée dès la mise en œuvre du PRODESS.

Dans un premier temps, le niveau régional pourrait jouer un rôle plus actif dans ce domaine.

La qualité des soins, son appréciation par la population se fait à travers la disponibilité du médicament mais également à travers la prise en charge complète des besoins de santé et la relation avec le premier niveau de référence.

C'est du reste l'objectif initial du Projet d'organiser et de renforcer parallèlement à la mise en place des CSCOM, le premier niveau de référence.

D'important retards sont à enregistrer à ce niveau, il semble que ce soit la composante du Projet qui a connu le plus de difficultés.

Or les objectifs initiaux visaient un dosage équilibré et judicieux entre les CSCOM et le premier niveau de référence à l'intérieur du cercle.

Négliger cette interdépendance et cette complémentarité peut aboutir à des situations contre-productives même pour les composantes qui ont été favorisées en l'occurrence les CSCOM.

Agir uniquement sur les CSCOM ou sur les CSR ne suffira pas si ces actions ne sont pas combinées et intégrées au sein d'un cercle fonctionnel jouant le rôle de pivot que toutes les déclarations de principe lui accordent.

Il convient de souligner fortement qu'il ne s'agit en aucun cas de réduire la référence à la seule disponibilité de lits hospitaliers.

La présence de lits et de plateaux techniques ne créent pas forcément la fonction hospitalière, et une ligne périphérique sans liens organiques et fonctionnels avec des niveaux de référence correcte risque de péricliter et de voir comme dans beaucoup de pays son efficacité globale s'affaiblir. La complémentarité du CSCOM et du CSR les régulations nécessaires constituent la fonction essentielles du cercle.

C'est là un des points qui conditionnera l'avenir du système sanitaire.

L'existence, et c'est là une particularité intéressante du système malien, d'équipes de cercles dirigés par un médecin chef constitue un atout à préserver. Elle permet en effet au premier niveau de références de s'ouvrir sur les problèmes de santé publique et d'assurer la continuité des soins. Cette équipe et c'est là une de ses insuffisances actuelles doit également prendre en compte la dimension intersectorielle des problèmes de santé totalement négligées à l'heure actuelle.

8. Conclusions

On le voit donc, la mise en oeuvre du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale a permis d'atteindre des résultats quantitatifs non négligeables pour les trois composantes.

Elle a permis d'accélérer la réalisation de la politique sectorielle de santé et de population en contribuant à l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des populations.

Le PSPHR a, compte tenu de la situation de départ, incontestablement modifié de manière positive l'organisation, le financement et la gestion du système de santé. L'impulsion d'une dynamique communautaire originale constitue également un atout important pour l'avenir.

Ces résultats positifs ont créé, dans certains cas, des situations qui risquent si elles persistent d'être préjudiciables pour l'avenir (cf points faibles du PSPHR).

La prise en compte de ces aspects et des résultats positifs dans le PRODESS permettront de consolider les acquis et de poursuivre la mise en oeuvre de la politique sanitaire nationale. Pour cela, la mission recommande fortement que la somme d'expérience et le capital méthodologique soient préservées et rentabilisées de manière judicieuse.

Il devient donc urgent de trouver une solution et de ménager une transition, un pont opérationnel entre le PSPHR et la mise en oeuvre du PRODESS.

Celui-ci constitue certes un cadre adéquat et une suite logique aux travaux antérieurs, mais il reste peut-être à définir de manière plus concrète les modalités et les instruments de sa mise en œuvre.

En tout état de cause, ce travail doit être fait au plus tard au premier trimestre 1999 mais d'ores et déjà il convient d'identifier certaines mesures d'urgence pour la continuité des activités.

Quelle que soit la solution retenue, la mission recommande fortement que la somme d'expériences et d'instruments méthodologiques ne soient pas dispersées mais capitalisées et rentabilisées de manière judicieuse pour la mise en œuvre du PRODESS.

Cela permettra d'éviter les hiatus pour que les organismes créent ne se retrouvent pas sans appui, et que la dynamique communautaire ne retombe, aggravant ainsi les risques de dérive ou de désaffection de la population.

ANNEXES

- Annexe A: Tableaux financiers
- Annexe B: Utilisateurs compacts de terrain dans la zone du Projet
- Annexe C: Liste des personnes rencontrées
- Annexe D: Liste des documents consultés
- Annexe E: Liste des personnes intervenant à la réunion de clôture
- Annexe F: Termes de Référence

Annex A

Tableau financier

PSPHR

SOURCES DE FINANCEMENT

	Devise	FCFA	%
IDA	19200000 DTS	14 976 000 000 F	29.8
KFW	13000000 DM	4 290 000 000 F	8.6
USAID	41500000 \$ US	24 070 000 000 F	47.9
FED	10220000 ECUS	6 387 500 000 F	12.8
ETAT	67005000 AN	469 035 000 F	0.9
TOTAL		50 192 535 000 F	100

DTS : 780 FCFA
 DM : 330 FCFA
 \$ US : 580 FCFA
 ECU : 625 FCFA

Source CC-PSPHR

Financement du Projet Santé, Population Et Hydraulique Rurale (PSPHR)

Etat d'exécution

	IDA	USAID	KFW	FED	UNICEF	Etat	Communautés
	DTS	US \$	DM	ECUS		F CFA	
Prévision	19 200 000	41 500 000	13 000 000	10 220 000	ND	469 035 000	ND
Réalisations	18 466 865,69	11 761 789	10 013 309,97	3 091 002,86	ND	400 869 000	ND
Pourcentage	96 %	28,3 %	77 %	30 %	ND	85 %	ND
Ecart	73 331,31		2 986 690,03	7 128 997,14	ND	104 273 000	ND
Pourcentage	4 %		23 %	70 %	ND	15 %	ND

Source CC-PSPHR

COMPTIE IDA

CREDIT ACCOUNT 2217-MLI

30 Décembre 1988

DESCRIPTIONS	BUDGET	ENGAGEMENT		BUDGET APRES ENGAGEMENT		BUDGET APRES ENG. PLS & PREV.		DECAISSEMENTS ACTUELS		BUDGET APRES DECAISSEMENT	
		REEL 2	REEL 3=1-2	PREVISIONNE 4	REEL 3=1-2	ENG. PLS & PREV. 5 = 1-2-4	REEL 3=1-2	ACTUELS 6	7 = 1-6		
GENIE CIVIL	7 900 000,00	7 899 064,40	935,60	0,00	935,60	935,60	935,60	7 796 707,07	103 292,93		
pourcentage du Budget	100,00%	99,99%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	98,69%	1,31%		
2 Equip. véhic. Matériel	4 300 000,00	4 300 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3 970 899,98	329 100,02		
pourcentage du Budget	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	92,35%	7,65%		
3 Fournitures Médicales	1 150 000,00	1 135 829,91	14 170,09	6 410,26	1,23%	7 759,83	14 170,09	978 321,70	171 678,30		
pourcentage du Budget	100,00%	98,77%	1,23%	0,56%	1,23%	0,67%	0,67%	85,07%	14,93%		
4 Consultants	2 700 000,00	2 663 952,53	36 047,47	36 047,47	1,34%	0,00	36 047,47	2 584 120,76	115 879,24		
pourcentage du Budget	100,00%	98,66%	1,34%	1,34%	1,34%	0,00%	0,00%	95,71%	4,29%		
5 Formation	800 000,00	694 878,48	105 121,52	81 606,47	13,14%	23 515,03	105 121,52	767 306,86	32 693,14		
pourcentage du Budget	100,00%	86,86%	13,14%	10,20%	8,45%	2,94%	2,94%	95,91%	4,09%		
6 Coûts Recurrents	2 000 000,00	1 907 168,98	92 831,02	53 205,13	4,64%	39 625,89	92 831,02	1 799 523,71	200 476,29		
pourcentage du Budget	100,00%	95,36%	4,64%	2,66%	4,64%	1,98%	1,98%	89,98%	10,02%		
7 FASEF	350 000,00	152 421,90	197 578,10	197 578,10	56,45%	0,00	197 578,10	304 862,46	45 937,54		
pourcentage du Budget	100,00%	43,55%	56,45%	56,45%	56,45%	0,00%	0,00%	86,87%	13,13%		
8 Non Alloué - Cpte spéc.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	265 923,15	(265 923,15)		
pourcentage du Budget	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%				
TOTAL GENERAL	19 200 000,00	18 753 316,20	446 683,80	374 847,43	2,33%	71 836,37	446 683,80	18 466 865,69	733 134,31		
POURCENTAGE DE BUDGET		97,67%	2,33%	1,95%	2,33%	0,37%	97,67%	96,18%	3,82%		

SUBVENTION USAID

311288

RUBRIQUE BUDGETAIRE	BUDGET de 1992 à 1998 AMENAGEMENT N°3 de 1991/1998 1\$ = 600 ICFA	ENGAGEMENTS ET DE SUIVI BUDGETAIRE			
		DECAISSEMENT ACTUELS	ENGAGEMENTS REELS	BUDGET APRES ENGAGEMENTS	BUDGET APRES DECAISSEMENT
FORMATION	2 902 200 000,00 100,00%	1 282 649 000,00 44,20%	2 159 103 000,00 74,40%	593 067 000,00 25,60%	1 519 551 000,00 55,80%
POURCENTAGE BUDGET					
I.E.C.	2 384 401 800,00 100,00%	1 239 549 000,00 51,99%	2 016 027 000,00 84,55%	188 158 800,00 15,45%	1 144 852 800,00 48,01%
POURCENTAGE BUDGET					
RECHERCHE	1 006 261 200,00 100,00%	115 058 000,00 11,43%	524 030 400,00 52,03%	392 230 800,00 47,92%	831 203 200,00 88,57%
POURCENTAGE BUDGET					
PM/PP	11 674 200 000,00 100,00%	2 279 007 000,00 19,52%	6 780 972 000,00 58,09%	183 322 800,00 41,91%	9 395 193 000,00 80,48%
POURCENTAGE BUDGET					
SIS/SIG	1 577 838 000,00 100,00%	759 424 000,00 48,13%	1 053 481 200,00 66,77%	344 386 800,00 33,23%	818 414 000,00 51,87%
POURCENTAGE BUDGET					
GESTION/PROJET	2 370 630 600,00 100,00%	528 922 000,00 22,31%	1 742 521 200,00 73,50%	118 014 600,00 26,50%	1 841 708 600,00 77,69%
POURCENTAGE BUDGET					
AUTRES	2 984 468 400,00 100,00%	852 464 500,00 28,56%	1 047 917 800,00 35,11%	1 936 560 600,00 64,89%	2 132 003 900,00 71,44%
POURCENTAGE BUDGET					
TOTAL	24 900 900 000,00 100,00%	7 057 073 500,00 28,34%	15 324 042 600,00 61,54%	3 755 771 400,00 33,46%	17 842 928 500,00 71,66%
POURCENTAGE BUDGET					

SUBVENTION KFW

30 Décembre 1998

DESCRIPTIONS	BUDGET		ENGAGEMENT		BUDGET APRES		ENGAGEMENT		BUDGET APRES		DECAISSEMENTS		BUDGET APRES	
	1	2	REEL	ENG. REEL	3=1-2	ENG. REEL	PREVISION	4	5=1-2-4	6	ACTUELS	7=1-6	DECAISSEMENT	
1 IVX DE CONSTRUCT. CSCOM en pourcentage du Budget	4 646 407,72 100%	2 762 660,65 59%		1 883 747,07		1 883 747,07		1 706 808,83 37%	176 938,24 4%	3 904 435,28	3 904 435,28 84%	741 972,44 16%		
1 IVX DE CONSTRUCT. CSA en pourcentage du Budget	1 127 683,00 100%	757 918,87 67%		369 764,13		369 764,13		186 794,12 17%	182 970,01 16%	833 308,39	833 308,39 74%	294 374,61 26%		
2 Medicaments essentiels en pourcentage du Budget	865 203,39 100%	34 321,04 4%		830 882,35		830 882,35		830 882,35 96%	(0,00) 0%	60 465,12	60 465,12 7%	804 738,27 93%		
3 Divers Equipements en pourcentage du Budget	1 605 022,42 100%	1 415 527,43 88%		189 494,99		189 494,99		224 805,53 14%	(35 310,54) -2%	1 776 796,01	1 776 796,01 111%	(171 773,59) -11%		
4 Non Alloué	0,00 100%	0,00 0%		0,00		0,00		0,00 0%	0,00 0%	0,00	0,00 0%	0,00 0%		
5 FASEF en pourcentage du Budget	2 250 000,00 100%	1 363 281,25 61%		886 718,75		886 718,75		886 718,75 39%	0,00 0%	1 325 301,32	1 325 301,32 59%	924 698,68 41%		
6 Lutte contre le Schisto en pourcentage du Budget	300 000,00 100%	153 630,00 51%		146 370,00		146 370,00		146 370,00 49%	0,00 0%	108 074,42	108 074,42 36%	191 925,58 64%		
7 Imprévus en pourcentage du Budget	50 000,00 100%	0,00 0%		50 000,00		50 000,00		0,00 0%	50 000,00 100%	0,00	0,00 0%	50 000,00 100%		
8 Assistance Technique en pourcentage du Budget	1 133 404,00 100%	1 133 160,00 100%		244,00		244,00		0,00 0%	244,00 0%	1 144 145,69	1 144 145,69 101%	(10 741,69) -1%		
9 Forages / CSCOM SUPPLEM.	1 022 279,47 100%	0,00 0%		1 022 279,47		1 022 279,47		1 022 279,47 100%	0,00 0%	860 783,74	860 783,74 84%	161 495,73 16%		
TOTAL GENERAL	13 000 000,00	7 620 499,24		5 379 500,76		5 379 500,76		5 004 659,05	374 841,71	10 013 309,97	10 013 309,97	2 986 690,03		
POURCENTAGE DE BUDGET	100%	59%		41%		41%		38%	3%	77%	77%	23%		

**MINISTERE DE LA SANTE
DE LA SOLIDARITE ET DES
PERSONNES AGEES**

24 Décembre 1998

**COMPTES FED
CONVENTION N°5240/MLI**

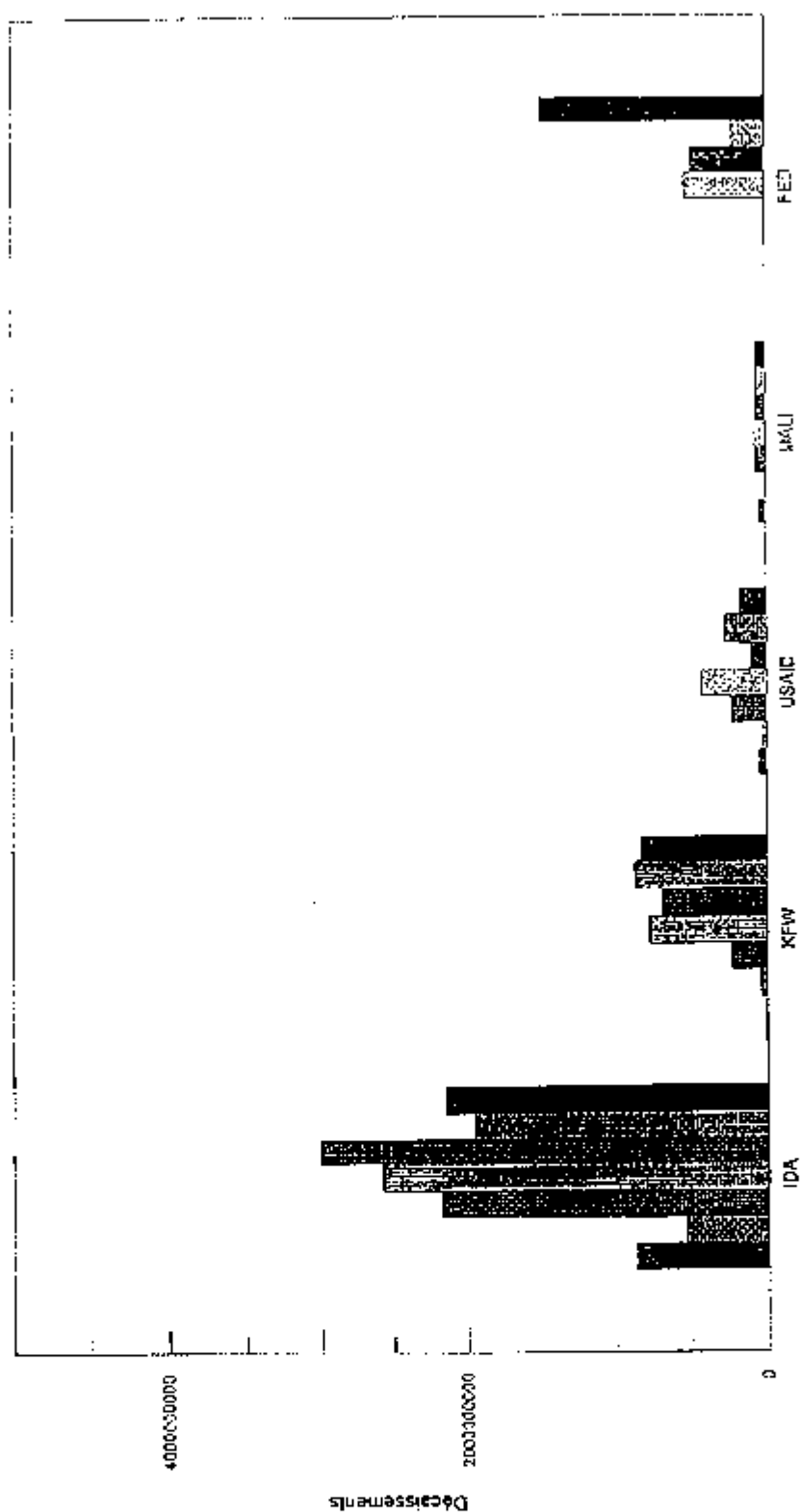
EN ECUS

DESCRIPTIONS	BUDGET	ENGAGEMENT		BUDGET APRES ENGAGEMENT		ENGAGEMENTS ACTUELS		BUDGET APRES DECAISSEMENT	
		REEL	2	REEL	3=1-2	4	5 = 1-2-4	6	7 = 1-6
1 TRAVAUX (SURV. TRAVAUX) en pourcentage du Budget	1 025 000,00 100%	3 219 609,65 80%	805 390,35 20%	805 390,35 20%	0,00 0%	1 386 124,68 34%	0,00 0%	2 638 875,32 88%	7 = 1-6
2 FOURNITURES en pourcentage du Budget	1 500 000,00 100%	0,00 0%	1 500 000,00 100%	1 500 000,00 100%	0,00 0%	0,00 0%	0,00 0%	1 500 000,00 100%	
2 MEDICAMENTS en pourcentage du Budget	1 500 000,00 100%	1 117 087,00 74%	382 913,00 26%	382 913,00 26%	0,00 0%	382 913,00 26%	1 062 822,80 71%	437 177,20 29%	
3 DOTATION AU FASEF en pourcentage du Budget	1 000 000,00 100%	178 276,00 18%	821 724,00 82%	821 724,00 82%	0,00 0%	821 724,00 62%	96 885,60 10%	903 111,40 90%	
4 ACTIVITES DE FORMATION en pourcentage du Budget	375 000,00 100%	201 000,00 54%	174 000,00 46%	174 000,00 46%	172 884,85 46%	1 115,15 0%	0,00 0%	375 000,00 100%	
5 ACTIVITES DE SOUTIEN en pourcentage du Budget	200 000,00 100%	60 000,00 30%	140 000,00 70%	140 000,00 70%	0,00 0%	140 000,00 70%	31 235,46 16%	168 764,54 84%	
6 ASSISTANCE TECHNIQUE en pourcentage du Budget	680 000,00 100%	680 000,00 100%	0,00 0%	0,00 0%	0,00 0%	0,00 0%	513 931,32 76%	166 068,68 24%	
7 IMPREVUS en pourcentage du Budget	940 000,00 100%	0,00 0%	940 000,00 100%	940 000,00 100%	0,00 0%	940 000,00 100%	0,00 0%	940 000,00 100%	
TOTAL GENERAL	10 220 000,00	5 455 972,65	3 264 027,35	2 478 275,20	2 285 752,15	3 091 002,85		7 128 997,14	
POURCENTAGE DE BUDGET		53,39%	31,94%	24,25%	22,37%	30,24%		69,75%	

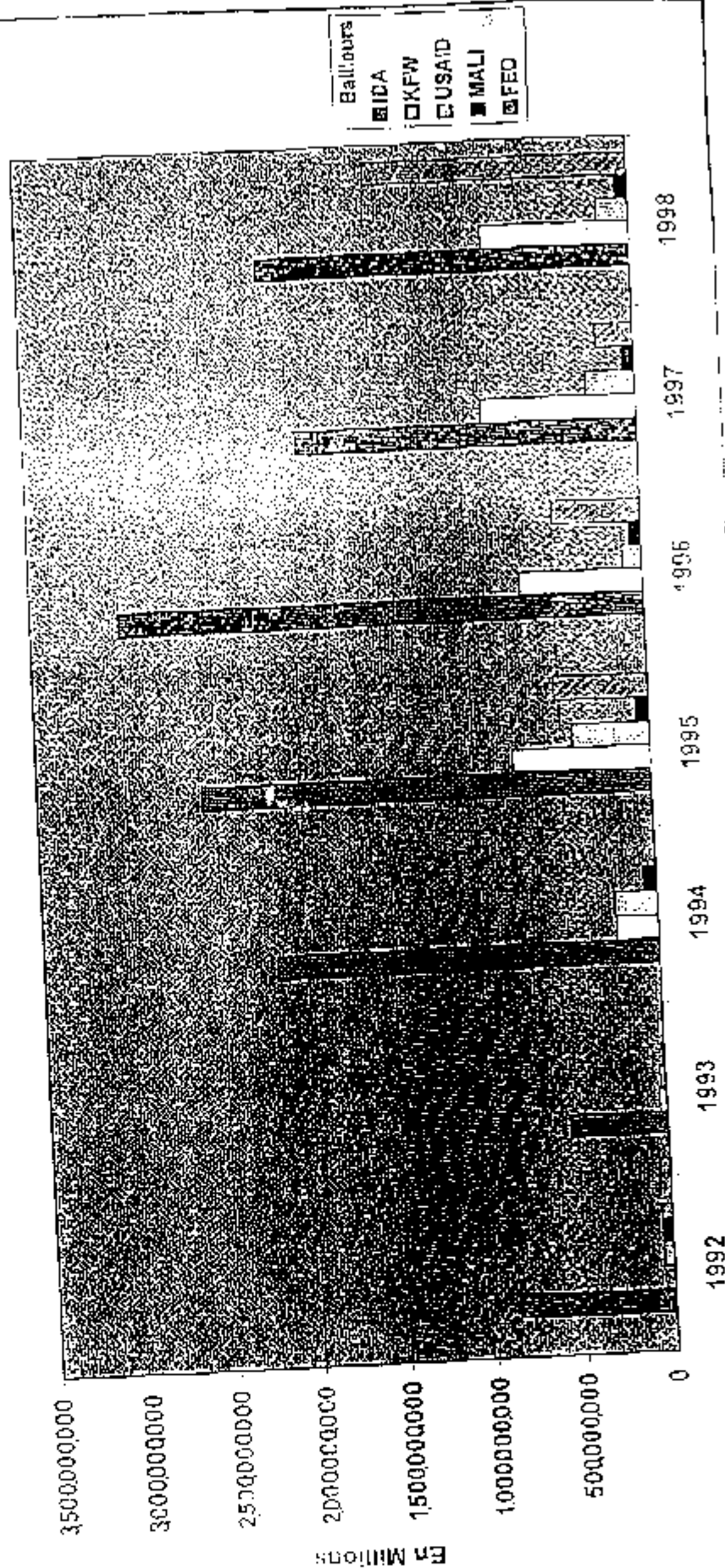
EVOLUTION DES DECAISSEMENTS PAR BAILLEURS DE 1992 A 1998

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
IDA	855 868 703	632 630 051	2 178 035 535	2 577 052 538	3 005 197 564	952 386 726	2 150 116 691	13 261 587
KFW	0	36 586 336	230 173 656	770 411 352	690 510 859	589 285 412	834 737 554	3 431 706
USAID	49 522 333	24 989 928	237 252 416	430 703 035	108 812 687	273 031 316	175 556 950	1 301 198
MALI	52 630 000	8 567 500	69 870 000	71 439 500	87 005 000	67 445 000	87 005 000	398 962
FED	0	0	0	523 119 016	490 934 000	211 538 535	1 495 208 098	2 720 349
TOTAL	958 021 036	602 773 815	2 715 331 607	4 372 725 451	4 362 460 310	3 358 267 790	4 723 524 693	21 113 804

Evolution des décaissements par Bailleurs de 1992 à 1998



Evolution des Décaissements par Bailleurs

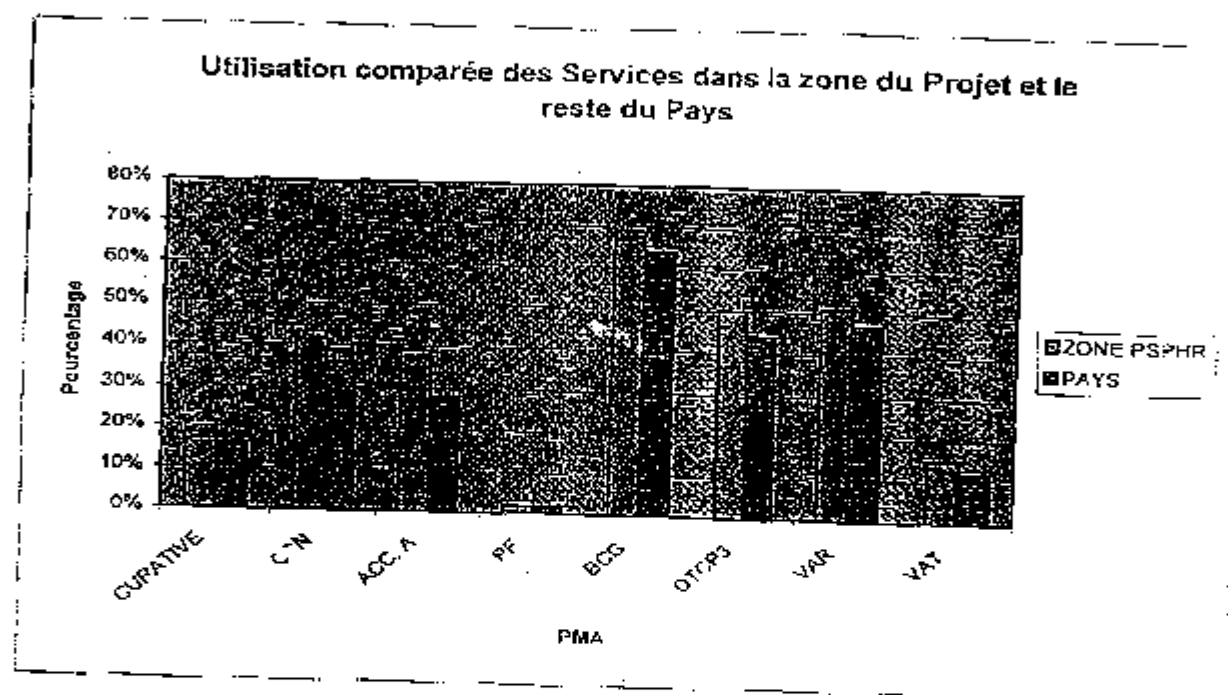


Annexe B

Annexe comparée des Services de l'Armée au Sujet
et le rôle du Pays

Graphique n° 2 : Utilisation du PMA

ACTIVITES	ZONE PSPHR	PAYS
CURATIVE	17%	16%
CPN	43%	36%
ACC. A	39%	78%
PF	2%	2%
BCG	69%	64%
DTCP3	50%	44%
VAR	51%	47%
VAT	19%	12%



Annex C

Liste des personnes rencontrées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1. Mr Modibo MAIGA Coordinateur du Groupe Pivot
2. Mr Mamadou Bassery BALLO Directeur de la CPS
3. Dr Gaoussou TRAORE Directeur National de l'Action Sociale
4. Mr Youssouf KONATE Directeur Régional de la Santé Publique de Ségou
5. Mr Mamadou Elhadji NIASS Infirmier Chef de Poste Medical du CSCOM de Kéméné
6. Mr Mamdou SISSOKO Directeur Régional de l'Action Social de Ségou
7. Mr Moussa KONE Infirmier Chef de Poste Médical de CSCOM de Dougouolo
8. Mr Yaya COULIBALY Trésorier de l'ASACO de Dougouolo
9. Mr Zoumanan DAO Secrétaire Administratif de l'ASACO de Dougouolo
10. Dr Robert DEMBELE Médecin -Chef de SSS de Bla
11. Dr Félix Lajoux SIDIBE Directeur du CНИЕCS
12. Mme Chris BARKER Conseiller en IEC au CНИЕCS
13. Dr Adama BERTHE Chef Division Epidémiologie
14. Mr Moussa SOW Adjoint au Coordinateur de Programme ONCHO
15. Dr Benoît KAREMBIRI Coordinateur du Programme Lèpre
16. Dr Doulaye SACKO Coordinateur du Programme Cécité
17. Dr Issa DEGOGA Coordinateur du Programme Ver de Guinée
18. Mr BRAD BARKER Représentant Global 2 000 au PNLVG
19. Mr Moussa DIENG Responsable Composante Hydraulique PSPHR
20. Mr Ibrahim F KELTA Président FENASCOM

21. Mr Tiémoko MALLE Trésorier Général FENASCOM
22. Mr Amadou DIARRISO Vice-Président FENASCOM
23. Mr Madani GUINDO Directeur CEPRIS
24. Mr Amadou BENGALY Chef Division Administratif et Comptable
25. Dr Mamadou Adama KANE Directeur National de la Santé Publique
26. Dr Fodé BOUNDY Directeur National Adjoint de la Santé Publique
27. Dr Guman Ag TELFI Directeur National de la Planification
28. Dr Kaoudo TANGARA Médecin-chef du SSS de Kolokani
29. Dr Moussa DEMBELE Directeur National Adjoint de la Planification
30. Dr KONATE Médecin -chef Adjoint du SSS de Kolokani
31. Mr. Abba FOMBA TDC de Kolokani (Service Social)
32. Mr Djadouba
33. Dr TRAORE Fatoumata NAFO Responsable Programme Santé de la Mission Residente de la Banque Mondiale à Bamako
34. Dr Kaoudo TANGARA Médecin -chef du SSS de kolokani
35. Dr Bruno Jacques MARTIN, Administrateur Principal du Programme Survie (Santé Nutrition Hygiène, Eau et Assainissement) à l'UNICEF
36. Dr SIDIBE Aïssata BÂ Administrateur Santé (UNICEF)
37. Dr Hama CISSE Inspecteur en chef (ISAS)
38. Dr Yaya COULIBALY, Chef du département Pharmacie labo (ISAS)
39. Mr Amadou ROUAMBA, chef du Département Affaires Administratives et Sociales (ISAS)
40. Mr Salif COULIBALY Coordinateur du Programme Stratégie « Jeunesse »

41. Mr Bamoussa COULIBALY, Coordinateur du Programme Santé (USAID/Mali)
42. Dr Bouréma MAIGA Médecin -- Chef du SSS CV
43. Mr Siaka DISSA, IDE Major de l'ADASCO Daoudabougou II

Annexe D

Liste des documents consultés

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

1. Rapport des programmes sur vie, développement, protection, plaidoyer, et planification
2. Rapport d'étape du FASEF
3. Rapport d'Etude sur le rôle et la place de la FFNASCOM dans la mise en œuvre du PDDSS 1998 – 2007
4. Rapport d'Etape, novembre 1996
5. Rapport de fin de projet avril 1991 décembre 1997
6. Rapport d'évaluation
7. Rapport de mission du 26 janvier au 3 février 1998
8. Rapport de suivi de l'exécution du contrat de distribution des contraceptifs par JAM KA KENEYA
9. Rapport d'activités 1997
10. Rapport d'exécution du PSPHR (Année 1993)
11. Rapport d'activités, 1996
12. Rapport d'activités, 1995
13. Rapport d'étude sur le rôle et la place de la FENASCOM> DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PDDSS 1998 – 2007
14. Rapport d'activités, 1997
15. Rapport d'activités du Projet Santé Population et Hydraulique Rurale année 1994
16. Rapport du groupe de travail constitué le 4 mars 1994
17. Rapport financier
18. Rapport de mission du groupe inter institutionnel national de formation dans la région de Ségou
19. Rapport des journées de lancement du PSPHR du 10 au 21 octobre
20. Evaluation de la qualité des soins dans les CSC de la Région de Koulikoro
21. Viabilité financière des centres de santé communautaires (CSCOM) de la Région de Koulikoro
22. Note de présentation du Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR)
23. Paquet minimum d'activités d'un CSCOM

24. Problématique de financement des CSCOM du District de Bamako
25. Proposition pour la mise en place d'un fonds de roulement du niveau des régions couvertes par le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
26. Note technique sur les procédures de mobilisation des ressources financières dans le cadre du PSPHR
27. Note technique: gestion du crédit IDA dans le cadre de Projet Sante. Population et Hydraulique Rurale
28. Note technique relative au volet formation du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
29. Système National d'Information Sanitaire et Sociale
30. Guide de mise en place des dépôts répartiteurs de cercle et des dépôts de vente
31. Formation des cadres de la santé à l'application de la politique des MEG et au recouvrement des coûts dans le cadre de l'initiative de Bamako
32. Compte tenu du deuxième atelier " Définition de la Politique Pharmaceutique Nationale "
33. Enquête multifocale sur la consommation et l'approvisionnement des ménages en médicaments
34. Formation des agents de la pharmacie du Mali à la gestion de stocks à l'application du schéma directeur
35. Indicateur de suivi de la politique pharmaceutique du Mali
36. Compte tenu sur l'état de réalisation du schéma directeur d'approvisionnement 1995
37. Plan opérationnel pour la mise en place d'une unité de gestion des médicaments essentiels au sein de la PPM3
38. Programme opérationnel des deux premières années du PRODESS
39. Etude des CSCOM et des CSAR dans le cadre de l'implantation du programme National de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikhar, Ségou et Mopti
40. La stratégie Nationale d'IEC/Santé
41. Etude réalisée pour le Projet Santé, Population et hydraulique Rural, Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées
42. Document de synthèse du PRODESS
43. Cadrage financier et étude de faisabilité
44. Enquête de Base pour la promotion du logo national de la planification familiale
45. Programme de formation continue pour les soins curatifs dans les Centres de Santé Communautaires du Mali

46. Connaissance et attitude des étudiants de la FMPOS¹ DE Bamako en matière de PF et MST/SIDA
47. Plan de développement sanitaire au cercle de Kati
48. Médicaments essentiels en dénomination commune internationale
49. Evaluation à MI – PARCOURS du Projet CHPS 688-0248
50. Note sur le système de santé et carte sanitaire de cercle
51. Plan décennal de développement sanitaire et social
52. Diagnostic de la situation des Hôpitaux et proposition de réforme de gestion
53. Avant projet de loi hospitalière
54. Etude sur la faisabilité et les conditions de créations d'un institut médico-légal de Bamako
55. Synthèses de recommandations unies des différentes concertations organisées sur le plan décennal de développement sanitaire et social 1998 – 2002
56. Répertoire analytique des documents relatifs à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population au Mali
57. Création des centres de santé communautaires
58. Rapprochement des services de santé de premier niveau aux populations aux zones éloignées au Mali
59. Centre de santé Communautaire au Mali
60. Evaluation du sous-système d'information sanitaire
61. Programme de développement sanitaire et social 1998 – 2002
62. L'évaluation finale du PSPHR
63. Atelier de finalisation des budgets programmes 1996 des directions régionales de la santé et des cercles Elus au PSPHR
64. Guide de programme et budgétisation dans le cadre du PSPHR
65. Développement des capacités institutionnelles du secteur socio-sanitaires
66. Evaluation intermédiaire du programme d'appui à l'amélioration du système national de santé
67. Etude d'une stratégie d'approvisionnement des cercles en médicaments essentiels en DCI
68. Etude réalisée pour le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale, Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées

69. Etude sur la viabilité des CSCOM / CSAR et les fiabilités de l'intégration des activités à base communautaire dans le PMA

70. Programme des interventions du PSPHR 1996 - 1997

Annexe E

Les personnes appartenant à la classe
du 6 janvier 1990

**LISTE DES PERSONNES AYANT ASSISTE A LA
REUNION DU 6 JANVIER 1999**

Dr Mamadou A. KANE	DNSP
M. Cheick Hamed T. SIMPARA	PSPHR
M. Gaoussou TRAORE	DANS
M. Salif COULIBALY	USAID
Dr SIDIBE Aïssata BAH	UNICEF
Dr Tiécoura COULIBALY	OMS
Dr Mahamed DICKO	PPM
M. Modibo MAIGA	Groupe Pivot
M. Mamadou BALLO	CPS
Dr Félix Lajoux SIDIBE	CNIECS
Dr Dama BERTHE	DE
M. Ousmane GUINDO	DANS / Facilitateur
M. Abdoulaye SANGARE	DAF
Dr Mikaila MAIGA	DLP
M. Oumar Ag TELPHI	DNP
M. Yssouf CISSE	DRSP / D
Dr SANGARE Madina BAH	DSFC
Dr Hama CISSE	ISAS
Dr Bréhima SANOGO	PSPHR
Dr Mountaga BORE	DRSP / KK
M. Daouda DIAKITE	FASEF
Dr Yssouf KONATE	DRSP / Ségou
Dr Mountaga COULIBALY	PSPHR
Dr Mamadou TRAORE	INRSP
M. Abdoulaye Sèga TRAORE	PSPHR
M. Moussa TANGARA	PSPHR
Dr Salif SAMAKE	DNSP / Facilitateur
M. Siné COULIBALY	CPS / Facilitateur

Annexe F

Termes de Référence de l'Annexe F

TERMES DE REFERENCE

pour

L'EVALUATION FINALE DU PSPHR

CONTEXTE

Le Gouvernement du Mali a opté le 15 décembre 1990 pour une nouvelle politique sectorielle de santé et de population (PSSP) dont l'objectif général est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. Pour sa mise en œuvre, le Gouvernement et ses partenaires ont opté pour une approche projet, avec comme instrument privilégié le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR).

Le PSPHR a démarré en 1993 et terminera fin 1998. Le projet est co-financé par l'Etat Malien et les partenaires suivants: IDA, KfW, USAID, FED, FAC, et UNICEF. L'appui de ce dernier partenaire découle du contenu de son Plan Quinquennal '93-'97, dont les fonds ne sont pas gérés par le PSPHR. L'enveloppe gérée par le projet est 100 millions US dollar.

Le MSPAS a déjà préparé la suite du PSPHR avec l'élaboration du Plan Décennal de Développement Socio-sanitaire (PDDS) '98-'07. En mai 1998 un Plan d'Investissement Sectoriel (PIS) pour la période 1998-2002 sera soumis aux partenaires pour financement.

L'évaluation finale du PSPHR est édictée par les différentes conventions de financement. En cas de besoin, le Plan d'Investissement Sectoriel sera ajusté en fonction des conclusions et recommandations de l'évaluation finale du PSPHR.

En 1997, le MSPAS a envisagé la création d'un observatoire de la santé. Ce nouveau instrument pour le suivi de la mise en œuvre de la PSSP permettra entre autre la surveillance épidémiologique, l'audit des services de santé et des enquêtes sur les perceptions des populations bénéficiaires. Toutefois, cet observatoire ne pourra pas encore être opérationnel avant fin 1998, raison pourquoi, parmi d'autres, une enquête auprès des bénéficiaires a déjà été effectuée récemment.

Le série d'études, commanditées dans le cadre de la préparation du Plan Décennal et le PIS et réalisées en 1997, ont fourni les premiers éléments d'analyse pour

réévaluation finale du PSPHR. Dans le même but, quelques études complémentaires seront effectuées en 1998:

1. L'analyse des raisons pour la faible fréquentation des services de 1^{er} et 2^e niveau et ceci par rapport à l'offre et la demande des soins. A ce fin, l'étude comprend une 2^{ème} enquête auprès des bénéficiaires, notamment pour approfondir l'analyse des perceptions des non utilisateurs des services de santé.
2. La co-relation entre l'amélioration de l'approvisionnement en eau salubre, les soins de santé et l'hygiène.
3. L'évaluation des volets de génie civil et de dotations en équipements en ce qui concerne les plans type (génie civil), la gamme et les normes techniques (équipements), ainsi que la gestion de ces volets et la qualité.

Un atout pour l'évaluation de la performance des services de santé est le Système d'Information Sanitaire (SIS) qui a été ré-orienté et re-organisé. Les données depuis 1996 sont exploitable et le rapport de synthèse des statistiques sur l'année 1997 est disponible. Toutefois, les informations ne sont pas complets et les évaluateurs devront vérifier la fiabilité.

RAPPEL DES OBJECTIFS DU PSPHR

Les objectifs des 3 composantes du PSPHR sont les suivants:

Composante Santé: améliorer la couverture et la qualité des services de santé pour 2,4 millions de personnes vivant dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti et le District de Bamako à travers:

1. créer 120 Centres de Santé Communautaires (CSCOM) et la revitalisation des CSA;
2. améliorer la qualité des services de 1^{er} référence;
3. renforcer la gestion des services socio-sanitaires en créant au niveau de chaque cercle une Equipe de Socio-Sanitaire de Cercle et au niveau des régions des Directions Régionales de la Santé et des Directions Régionales de l'Action Sociale;
4. améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources par
 - le renforcement des capacités de planification et des capacités opérationnelles,
 - l'améliorer la productivité du personnel de santé
 - approvisionner régulièrement en médicaments essentiels à des prix abordables
 - mettre en place une capacité en entretien du patrimoine
 - atténuer les contraintes financières du secteur

Composante population: faire passer la prévalence contraceptive de 1 à 10%. La connaissance des méthodes contraceptives modernes devrait passer à 75% en milieu urbain et 50% en milieu rural. Objectifs intermédiaires:

1. diffuser et opérationnaliser la politique de population;
2. renforcer les capacités locales en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale;
3. augmenter la demande, l'offre et la qualité des services de planning familial
 - en intégrant toutes les activités SMI/PF;
 - en offrant les services PF dans tous les CSC, CSCOM et CSAR;
 - avec la formation de 400 professionnels de la santé.

Composante hydraulique: assurer l'accès à une source d'eau potable pour les populations rurales vivant dans les régions de kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro.
Objectifs intermédiaires:

1. aménager d'avantage de points d'eau moderne dans les régions de Kayes, Mopti Ségou et Koulikoro;
2. appuyer le Gouvernement dans sa stratégie de participation financière et technique des villageois à l'entretien des points d'eau;
3. renforcer les capacités d'identification, de préparation, d'exécution, et de supervision du projet au sein de la DNHE;
4. former les villageois à la réparation des pompes et créer un réseau décentralisé d'entretien basé sur les villages;
5. assurer la pérennité des installations;
6. appliquer un programme d'iodation pour combattre le goitre.

LES OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif global de cette évaluation finale est de tirer les conclusions de l'apport du PSPHR à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population et de formuler des recommandations pour le Plan d'Investissement Sectoriel '98-'02.

L'objectif intermédiaire est de faire le point des acquis et des contraintes du PSPHR. Il s'agit de mesurer et d'analyser l'input, le processus et l'output du projet sur la base des hypothèses, stratégies et objectifs formulés dans la déclaration de la PSSP, le Rapport d'Evaluation du projet ('91) et développés au cours du projet. Les évaluateurs doivent également analyser comment les contraintes dans la mise en œuvre ont été adressées par les acteurs et donner des suggestions opérationnelles pour les deux premières années du PIS.

Quant aux objectifs opérationnels, les évaluateurs doivent faire le point des aspects suivants:

1. la réalisation des objectifs en termes d'extension de couverture, amélioration de la qualité des services, etc.
2. les stratégies adoptés pour la réalisation de ces objectifs
3. la mobilisation des ressources nécessaires

4. le rôle joué par les différents acteurs du projet
5. les modalités de gestion du projet
6. la coordination des partenaires du projet

LES DOMAINES DE L'EVALUATION

1. la réalisation des objectifs

participation active de la population au développement du système de santé
 la couverture géographique (1^{er} et 2^{ème} niveau)
 qualité des soins: PMA intégré; élargissement de la gamme services PF
 accessibilité financière
 utilisation des services de santé
 prévalence contraceptive
 viabilité, rationalisation
 disponibilité ME et contraceptifs à un coût abordable
 accès à l'eau salubre; lutte contre la carence en iode
 etc.

2. les stratégies adoptées pour la réalisation de ces objectifs

réorientation des services centraux
 renforcement des DRAS
 Planification décentralisée du système de santé, carte sanitaire (PDSC)
 synergie entre décentralisation santé et décentralisation administrative.
 sensibilisation de la population pour les principes et stratégies de la PSSP
 le concept CSCOM: approche communautaire, PMA, auto-financement, stratégie
 avancée
 constructions/réhabilitation, fourniture équipements, moyens logistiques
 le renforcement du 1^{er} niveau de référence avec la périnatalité comme porte d'entrée
 diversification des méthodes de planification familiale
 Schéma Directeur ME
 réforme SIS
 formation continue
 FASEF
 DBC, MS, IEC, etc.

3. le rôle joué par les différents acteurs du projet

services du niveau central, régional et cercle
communautés
partenaires

4. les structures et modalités de gestion du projet

Ministère et instances (Cellule de Coordination, FASEF, Comité de Suivi, Comité Technique)
coordination des 3 composantes

5. modalités de gestion

Programmation/budgétisation
mobilisation des fonds
acquisition de services et de biens
mise en place des intrants
supervision, monitoring, évaluation
documentation

6. la coordination des partenaires

Comprenant les bailleurs de fonds du projet, UNICEF, Fenacom, PPM, Groupe Pivot/ONG, l'administration malienne, ...
mobilisation des ressources (y compris contribution de l'Etat)
concertation des partenaires sur le plan stratégique
concertation sur le plan procédures de gestion
assistance technique

RESULTATS ATTENDUS DE L'EVALUATION

L'évaluation fera le bilan de l'apport du PSPHR à la mise en œuvre de la politique sectorielle et elle doit aboutir à un ensemble de recommandations pour la mise en œuvre du PIS. Ces recommandations porteront, entre autre, sur les stratégies de mise en œuvre de la PSSP, le rôle des différents acteurs, les modalités de financement et gestion des programmes, ainsi que la coordination des partenaires.

METHODOLOGIE

De façon quantitative ainsi que qualitative, les évaluateurs feront le point sur la base de 3 types d'indicateurs:

- *l'input*: infrastructures, équipements, formations, assistance technique, ...
- *le processus*: PDSC, programmes annuels, supervisions, mobilisation fonds, ...
- *l'output*: couverture géographique, fréquentation des services, amélioration de la qualité des soins, diffusion des effets des interventions sur les zones non couvertes par le projet, ...)

méthodes de travail:

- revue documentaire: rapports d'exécution, notes techniques, études, rapports de consultants, évaluations, ...
- Pour l'analyse de la performance des services de santé: analyse des données de routine du SIS et validation de ces données avec l'analyse registres au niveaux des services;
- entretiens avec les acteurs du projet, les populations bénéficiaires, les responsables du projet, les partenaires du projet, autres acteurs intervenants dans le domaine de la santé;

L'évaluation comprend une mission au niveau de quelques cercles dans la zone du projet. L'échantillonnage de ces cercles, des services et des populations à visiter sera basé sur un choix raisonné pour tenir compte des spécificités géographiques, économiques, socio-culturels et autres.

LES ETAPES DE L'EVALUATION ET LE RAPPORT FINAL

Les étapes suivantes sont prévues:

- revue documentaire
- conception des outils de collecte (guides d'entretien et méthodes pour l'analyse des données de routine SIS, etc.)
- échantillonnage des cercles, services
- collecte des informations
- analyse préliminaire
- restitution
- rédaction du rapport préliminaire
- analyse du rapport préliminaire
- finalisation du rapport
- atelier national sur l'utilisation des résultats dans le cadre du PIS d-

Un chronogramme préliminaire se trouve en annexe. Dans ce Gannt figurent aussi les études complémentaires.

Le rapport final synthétise les contributions des différents membres de l'équipe d'évaluation et intégrera le résultat des études complémentaires.

Le document inclura des recommandations opérationnelles pour les premières 2 années du PIS et une liste d'études prioritaires à mener dans le cadre de la recherche santé.

COMPOSITION DE L'EQUIPE ET PROFIL DES EVALUATEURS

- Un médecin en Santé Public, chef d'équipe de l'évaluation.

Responsabilités:

- * stratégies PSSP
- * couverture, qualité des soins
- * coordination de l'équipe d'évaluateurs
- * compilation/finalisation du rapport

- Un économiste de la Santé

Responsabilités:

- * allocation/utilisation des ressources
- * mobilisation des ressources
- * gestion des ressources
- * accessibilité financière
- * schéma Directeur ME

- Un socio(anthro)logue

Responsabilités:

- * approche communautaire
- * participation communautaire
- * interaction avec décentralisation administrative
- * satisfaction des demandes des populations bénéficiaires

- Un expert en gestion, ayant une expérience avec grands projets multi-bailleurs

Responsabilités:

- * structure et modalités de gestion du projet
- * coordination des partenaires
- * renforcement institutionnel

- 4 homologues nationaux, ayant chacun une expertise en un des domaines ci-dessus.

