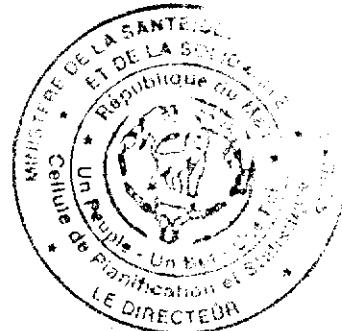


BS9

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



Plan Décentral de Développement Sanitaire et Social 1998 - 2007

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 - 2002



RAPPORT D'EVALUATION DU PROGRAMME OPERATIONNEL 1999 DU MSPAS

SYNTHESE NATIONALE

VERSION FINALE

Koulouba - Mars 2000

Secrétariat du PRODESS : Cellule de Planification et de Statistique BP : 232
Koulouba - Téléphone : (223) 23 27 25 - Fax : (223) 23 27 26 (MALI)
E mail : cpssante@datastech.toolnet.org

TABLE DES MATIERES

A. RAPPEL DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PRODESS	2
B. RAPPORT D'ACTIVITES 1999.....	4
I. INTRODUCTION	4
II. LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	4
III. L'EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS 6	
<i>III. 1. Extension de couverture.....</i>	6
<i>III. 2. Accessibilité au PMA</i>	7
<i>III 3. Utilisation des services et indicateurs de couverture du PMA.....</i>	9
III 3. 1. Les consultations curatives	9
III 3.2. Les consultations prénatales.....	10
III 3. 3. Les accouchements assistés.....	11
III 3. 4. La vaccination	12
III 3. 5. La planification familiale.....	14
<i>III. 4. Le secteur privé.....</i>	14
<i>III 5. La référence</i>	15
III 5. 1. L'amélioration du patrimoine des centres de santé de cercles	15
III 5. 2. L'organisation de la référence.....	16
III 5. 3. Les hôpitaux.....	17
<i>III 6. La lutte contre la maladie</i>	23
III 6 1 Lutte contre les principales maladies endémiques et épidémiques : données épidémiologiques et principales actions entreprises en 1999 (source : rapport DNSP 1999)	23
III 6 2 Hygiène et assainissement	26
III 6 3 Activités promotionnelles	27
<i>III 7 L'accessibilité des médicaments essentiels et autres produits</i>	28
III 7 1. Les médicaments essentiels	28
III 7 2 Les produits sanguins et dérivés.....	31
III 7 3 . Le contrôle de qualité	31
<i>III 8 . Activités de recherche menées par l'INRSP</i>	32
IV LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS.....	34
V DÉVELOPPEMENT DES MODALITÉS ALTERNATIVES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ	35
VI. LES RESSOURCES HUMAINES	36
<i>VI 1 Le personnel soignant</i>	36
<i>VI 2 Le personnel de l'action sociale</i>	39
VII. LE RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL	39
<i>VII 1 Réformes institutionnelles</i>	39
C. TABLEAUX D'EXECUTION DES PO 1999 PAR VOLETS.....	40
VOLET 1 : EXTENSION DE LA COUVERTURE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS	41
VOLET 2 : LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS	53
VOLET 3 : DÉVELOPPER LES FORMES ET MODALITÉS DE FINANCEMENT ALTERNATIFS DE LA SANTÉ 57	
VOLET 4 : DÉVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES	58
VOLET 5 : DÉVELOPPER LES CAPACITÉS D'INTERVENTION DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ	62
D. BILAN FINANCIER.....	69

RAPPEL DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PRODESS

But:

Améliorer l'état sanitaire et social des populations du Mali, afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social national.

Objectifs généraux :

- Assurer l'accessibilité géographique et financière pour l'ensemble de la population à des services socio-sanitaires de qualité.
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies prioritaires.
- Lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.
- Promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation.
- Accroître la performance des services de santé et d'action sociale.
- Garantir un financement équitable et durable des systèmes de santé et d'action sociale.
- Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité.

Stratégies générales :

- Extension de la couverture des services de santé et d'action sociale et amélioration de la qualité des prestations.
- Renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication pour la mobilisation sociale.
- Promotion des mécanismes de protection et de solidarité.
- Renforcement des capacités interventions des communautés et leur responsabilisation dans le choix et la mise en œuvre des actions de développement.
- Renforcement de la capacité institutionnelle du système de santé et d'action sociale.
- Promotion de l'approche globale et intégrée de la planification à tous les niveaux, de la prise en charge des populations au niveau opérationnel et du suivi global des actions à tous les niveaux.
- Développement du rôle des ONG et associations dans les missions de soutien.
- Allocation plus équitable du financement publique.

Afin d'atteindre ces objectifs, les 5 volets suivants ont été définis :

- Volet 1 : extension de couverture et amélioration de la qualité des services de santé
- Volet 2 : lutte contre les exclusions
- Volet 3 : développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé
- Volet 4 : développement des ressources humaines
- Volet 5 : renforcement institutionnel

Le rapport d'activité de 1999 présente en première partie les avancées dans chacun de ces volets pour l'année 1999 et en deuxième partie les tableaux d'exécution des PO de 1999 par volet.

A. RAPPORT D'ACTIVITES 1999

I. INTRODUCTION

En 1999, première année de lancement du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS), le Département a organisé l'élaboration du bilan des activités annuelles et la programmation 2000 de manière coordonnée dans chaque région, chaque cercle et chaque démembrement du niveau central.

Pour y parvenir, en août 1999, la Cellule de planification et Statistique (CPS) a adressé des formulaires appelés «outils du PRODESS» aux régions pour faire le point de la situation sanitaire. Au préalable ces documents avaient été présentés dans les régions et les cercles.

L'objectif de cet exercice visait à intégrer toutes les activités de la santé et de l'action sociale dans la planification annuelle du cercle et de la région avec une budgétisation «consolidée» de ces actions. A cet effet, il était demandé de prendre en compte tous les financements : budget de l'état, participation des communautés et apport des partenaires au développement. Il était attendu une compilation financière afin de présenter les budgets par catégories de dépenses, par volets d'intervention et par partenaires pour chacun des cercles mais également pour toutes les régions.

Les directeurs régionaux ont reçu la consigne d'élaborer une synthèse à partir des documents de cercles et de se baser sur cette synthèse pour tenir les CROCEP. Dans les faits, la plupart des régions n'avaient pas finalisé leur programmation pour permettre un arbitrage régional et les CROCEP. Un appui intégré du niveau central a été mis à profit pour améliorer le travail d'évaluation 99 et de programmation 2000.

L'analyse technique et financière de cette première année du PRODESS s'est basée sur les informations collectées avec les outils proposés puis a été complétée par les données du système local d'information sanitaire et les résultats de recherches opérationnelles.

II. LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

**Tableau 1 : Population et accroissement par région
1998-1999**

Régions	Total 1998	Total 1999	Taux d'accroissement
BAMAKO	1 016 167	1 056 814	4,00%
KAYES	1 372 019	1 403 575	2,30%
KOULIKORO	1 565 838	1 590 891	1,60%
SIKASSO	1 780 042	1 820 983	2,3%
SEGOU	1 679 201	1 717 823	2,30%
MOPTI	1 475 274	1 507 730	2,20%
TOMBOUCTOU	461 956	468 885	1,50%
GAO	397 516	406 261	2,20%
KIDAL	42 479	43 456	2,30%
TOTAL	9 790 492	10 016 418	2,26%

Source : recensement 1998 DNSI

Le Mali compte 10 016 418 habitants si on se base sur le recensement DNSI 1998 avec un accroissement de 2,26% par an.

- A Bamako, l'accroissement des populations a été le plus marqué cette année.
- A Kidal, le recensement administratif estime que la population est environ deux fois plus importante que celle évaluée par le recensement de la DNSI. Cette projection administrative donne une sous-estimation de la couverture sanitaire et une surévaluation des besoins des populations. Pour l'analyse des taux de couverture de ce rapport, ce sont les données de la DNSI qui ont été utilisées avec un accroissement démographique différencié région par région.

Les principales populations cibles concernées par les interventions de santé et de l'action sociale sont les suivantes :

Tableau 2 : Populations cibles de l'action socio-sanitaire (1999)

	%	Nbre de personnes
Enfants de moins de 12 mois	4%	400 657
1 - 4 ans	14%	1 402 299
5 - 14 ans	28%	2 804 597
15 - 19 ans	9%	901 478
15 - 24 ans	17%	1 702 791
20 - 24 ans	8%	801 314
25 - 49 ans	25%	2 504 105
50 - 59 ans	5%	500 821
60 ans et plus	6%	600 985
Femmes en âge de procréer	22%	2 203 612
Accouchements attendus	5%	500 821

III. L'EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE ET L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

III. 1. Extension de couverture

L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des services de santé représente le premier volet du PRODESS.

Les objectifs rattachés à l'**extension de la couverture** étaient les suivants pour l'année 1999 :

1. Rendre disponible et accessible le paquet minimum d'activités à 38 % de la population située dans un rayon de 5 km d'un centre de santé et 50% de la population située dans un rayon de 15 km d'un centre de santé.
2. Faire passer le taux d'utilisation des soins curatifs de 0,25 à 0,3 nouveaux cas par habitant et par an

Parmi les stratégies adoptées rappelons celles en lien avec l'augmentation et la meilleure utilisation du patrimoine :

- La création de centre de santé communautaire (CSCOM) pour répondre au souci de rapprocher les services de santé d'un effectif de population d'au moins 5 000 habitants et dont le village le plus éloigné est à 15 km du centre.
- La transformation des centres de santé d'arrondissement en CSCOM ou CSAR. Au cours du premier quinquennat, il a été prévu d'organiser 300 nouvelles aires soit de créer environ 60 CSCOM par an.
- l'encouragement et l'appui éventuel à l'installation des établissements de soins privés, qui reposent sur l'établissement d'un contrat entre l'Etat et le privé, permettant à ce dernier d'assurer l'offre totale ou partielle du paquet minimum d'activités (PMA)

Tableau 3 : Structures sanitaires de 1^{er} niveau en 1999

	Nombre de cercles	Aires de santé prévues	Nombre de CSCOM CSAR	CSA et Autres*	CSCOM et CSAR ouverts en 99
BAMAKO	6	54	47	115	10
KAYES	7	172	72	63	8
KOULIKORO	7	145	64	22	12
SIKASSO	7	150	100	45	20
SEGOU	8	167	80	31	10
MOPTI	5	128	68	14	1
TOMBOUCTOU	4	89	16	17	16
GAO	4	93	12	20	12
KIDAL	6	17	2	9	2
PAYS	54	961	461	336	91

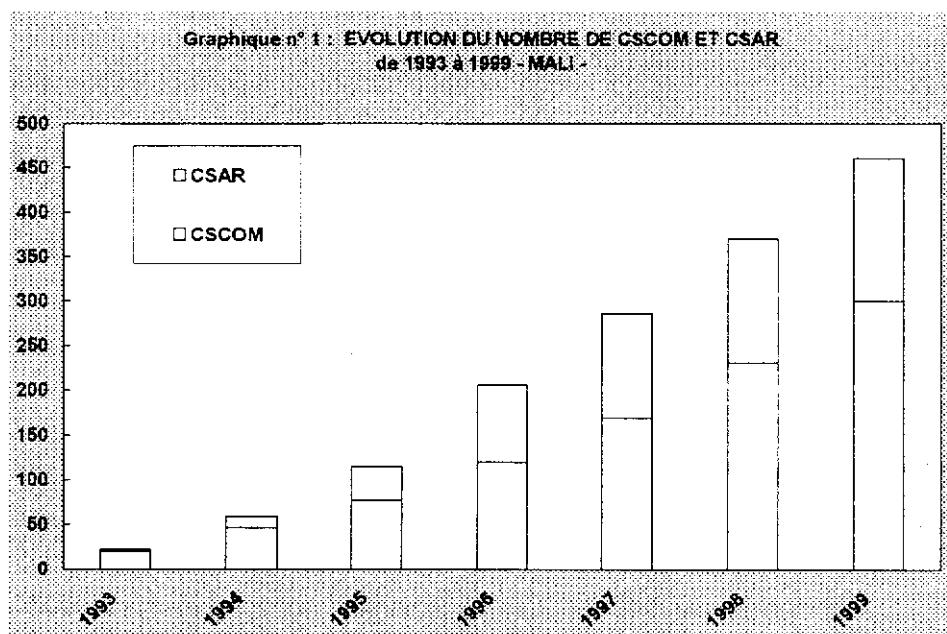
Source : rapport DNSP
structures privées caritatives ou non.

* autres = CSA,

Observations

- L'objectif de 60 nouvelles aires de santé opérationnelles par an a été dépassé, 91 nouveaux CSCOM-CSAR ayant été ouverts durant l'année 1999.
- SIKASSO et TOMBOUCTOU sont les deux régions qui ont mis un effort particulier dans le développement des infrastructures contrairement à KIDAL et MOPTI. La région de MOPTI a en effet focalisé ses interventions sur le renforcement des structures existantes.
- Les deux premiers CSAR ouverts à KIDAL montre que cette région a rejoint pleinement cette année la politique sectorielle de santé.

Le graphique 1 présente les tendances depuis 1993 : les efforts du département sont constants depuis 1993 pour augmenter la couverture sanitaire qui est en progression linéaire depuis 6 ans.



III. 2. Accessibilité au PMA

Les prestations des 797 structures de premier niveau ont été étudiées. Selon les informations des médecins chefs de cercles, 406 d'entre elles, soit 51% offrent un paquet minimum d'activités complet

Tableau 4 : Offre du paquet minimum d'activités par les structures de premier échelon

	Nombre total de structures (CSCOM-CSAR-autres)	Structures offrant le PMA complet	% des structures
BAMAKO	162	30	19%
KAYES	135	72	53%
KOULIKORO	86	60	70%
SIKASSO	145	86	59%
SEGOU	111	70	63%
MOPTI	82	69	84%
TOMBOUCTOU	33	11	33%
GAO	32	8	25%
KIDAL	11	nd	nd
TOTAL	797	406	51%

Source : rapport DNSP 1999

ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE :

Tableau 5 : Accessibilité géographique au PMA 1999

	Pop. Totale 1999	Accessibilité du PMA à 5 Km		Accessibilité du PMA à 15 Km	
		Population	%	Population	%
BAMAKO	1 056 814	1 056 814	100%	1 056 814	100%
KAYES	1 403 575	301 149	21%	491 298	35%
KOULIKORO	1 590 891	301 395	19%	621 933	39%
SIKASSO	1 820 983	456 476	25%	1 270 972	70%
SEGOU	1 717 823	747 084	43%	1 288 101	75%
MOPTI	1 507 730	438 164	29%	779 794	52%
TOMBOUCTOU	468 885	134 181	29%	199 929	43%
GAO	406 261	113 372	28%	173 449	43%
KIDAL	43 456	10 900	25%	12 090	28%
TOTAL	10 016 419	3 559 535	36%	5 894 380	59%

Source : rapport DNSP 1999

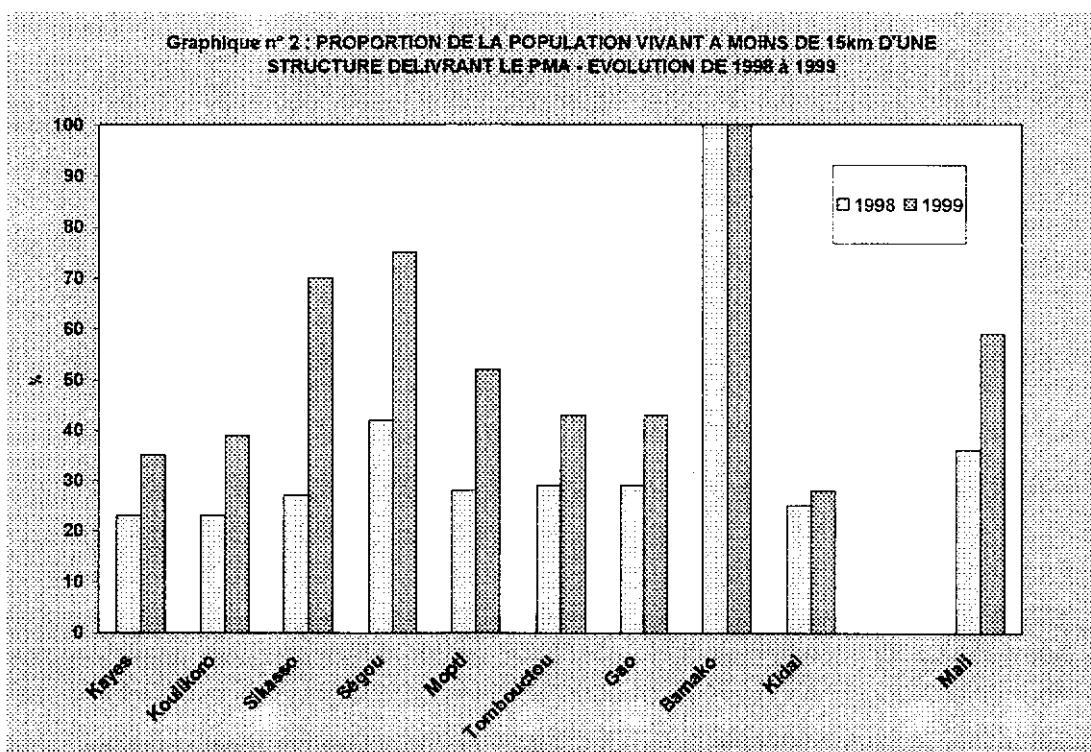
Au moins 70% des structures recensées dans les régions de MOPTI et de KOULIKORO offrent un PMA complet alors que moins de 40% des structures répertoriées du district de BAMAKO et des régions de GAO et TOMBOUCTOU proposent les prestations complètes du PMA.

Il faut souligner ici que, si le PMA peut être fourni par des structures telles que les CSA ou certaines structures privées, c'est plutôt au niveau des CSCOM et CSAR qu'il se trouve. Ces résultats sont donc à mettre en parallèle avec la répartition proportionnelle par type de structures dans chaque région, la proportion de CSCOM et CSAR étant plus importante dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti,

Observations :

- Le paquet minimum d'activités a été rendu disponible et accessible à 59 % de la population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de santé, résultat supérieur aux attentes de 1999 (50%).
- Par contre l'objectif n'est pas totalement atteint pour l'offre d'un paquet minimum d'activités à la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé (38% attendus en 1999). En effet, il a été rendu accessible à 36 % de cette population. A noter toutefois un accroissement annuel de la couverture qui évolue de 32 à 36 % entre 1998 et 1999.

Le graphique n° 2 présente les tendances entre 1998 et 1999 :



III 3. Utilisation des services et indicateurs de couverture du .PMA.

III 3. 1. Les consultations curatives

Partant de l'objectif du PRODESS de passer de 0,25 à 0,50 contacts par individu par an, il était prévu en 1999 d'atteindre 0,3 contacts par individu et par an.

A l'analyse des données, on note que l'utilisation des services pour les consultations curatives de premier niveau¹ à l'échelle du pays, est de 0,17 nouveau cas /habitant /an pour la période allant de juillet 1998 à juin 1999.

¹ Les prestations effectuées par les structures de premier niveau comprennent celles effectuées par les centres de santé de référence.

Tableau 6 : Utilisation des services en consultation curative par région juillet 98 à juin 99

Bamako	0,34
Kayes	0,09
Koulakoro	0,13
Sikasso	0,20
Ségou	0,21
Mopti	0,11
Tombouctou	0,11
Gao	0,09
Kidal	0,26
Pays	0,17

Source : outils du PRODESS

A l'exception de Bamako, toutes les régions ont des taux inférieurs à 0,26 NC/habitant et le Pays.

La fréquentation des structures de santé de premier niveau ne s'est sensiblement pas modifié depuis 1998 (0,16 NC/an/hab selon le rapport de la DNSP de 1998). Il reste très bas et cela malgré l'amélioration de la couverture géographique en infrastructure.

Observations :

Il faut être prudent dans l'interprétation de ces données et tenir compte de la période sur laquelle s'est fait le recueil des données d'utilisation des services (de juillet 1998 à juin 1999), alors que les données sur l'extension de couverture sont recueillies sur l'année civile 1999.

Le taux de couverture qui sera fourni dans le premier semestre de l'année 2000 par le système d'information sanitaire pour l'année civile 1999 pourra être plus valablement interprété et comparé aux taux des années précédentes pour extraire les tendances.

Par ailleurs il faut préciser que les données de consultations externes des hôpitaux n'ont pas été intégrées dans la collecte par les outils du PRODESS. La prise en compte de ces données porterait le nombre de nouveau contact par an et par habitant à 0,20 pour l'ensemble du pays.

La DNSP, dans son rapport annuel, fait observer que ces résultats interpellent l'ensemble des partenaires impliqués dans les efforts pour améliorer les services de santé et rappellent l'urgence de renforcer certaines stratégies préconisées dans le PRODESS, entre autres :

- la mise à disposition régulière de moyens adéquats pour le fonctionnement des services de santé
- la stabilisation des ressources humaines au niveau des CSCom/CSAR par la signature de contrat entre l'ASACO et le personnel, respectant la législation du travail.
- la création des conditions de motivation des agents, l'adoption d'un plan de carrière et l'organisation de sessions de perfectionnement.
- La consolidation de l'approche populationnelle, selon un processus comportant une approche communautaire qui aboutit à la création d'une ASACO représentative ; le renouvellement régulier du bureau de l'ASACO.

III 3.2. Les consultations prénatales

Le PRODESS prévoit d'assurer les consultations prénatales à 80 % des femmes enceintes d'ici 2002. En 1999, il était prévu d'atteindre un taux d'utilisation de 48%.

Le taux d'utilisation de la consultation prénatale (nombre de nouvelles consultations prénatales/grossesses attendues pour la période) concernant toutes les structures est de 44 % pour la période couvrant le second semestre 1998 et le premier semestre de 1999.

**Tableau 7 : taux d'utilisation de la consultation prénatale par région
Juillet 98 à juin 99**

Bamako	71%
Kayes	32%
Koulikoro	42%
Sikasso	59%
Ségou	52%
Mopti	27%
Tombouctou	22%
Gao	13%
Kidal	13%
Pays	44%

Source : outils du PRODESS

Le district de BAMAKO avec des valeurs d'environ 70%, et les régions de SIKASSO (59%) et SEGOU (52%) ont atteint l'objectif opérationnel national 1999.

La couverture est par contre moins bonne dans les autres régions, particulièrement à TOMBOUCTOU, GAO et KIDAL où elle reste égale ou inférieure à 30%

Observations :

Les données du rapport du système local d'information sanitaire donnent pour l'année 1998 un taux de couverture de 41%.

A titre de rappel, l'enquête EDS 1996 estimait la proportion de naissances dont la mère avait bénéficié d'au moins une consultation prénatale à 47%.

Le taux d'utilisation de la CPN est un indicateur d'accessibilité au service car il ne prend en compte que les nouvelles inscriptions en CPN. Il devrait être complété par des indicateurs d'efficacité tels que le nombre moyen de CPN par grossesse et la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN dont une au cours du dernier mois de grossesse. Selon les données du SLIS, le nombre moyen de CPN au niveau du pays est de 2 par grossesse. Ces différents indicateurs ne préjugent évidemment pas du niveau de qualité de la prestation fournie dont l'évaluation relève d'enquêtes ou de supervisions.

III 3. 3. Les accouchements assistés.

Le PRODESS prévoit d'appuyer de façon régulière les accoucheuses traditionnelles pour assister les femmes enceintes (i) ; de les employer comme relais pour informer communiquer éduquer (IEC) dans le domaine de la santé reproductive dans les villages et campements nomades de l'aire(ii) ; de les superviser par les équipes de santé (iii) ; de les impliquer dans les activités d'accouchements normaux dans les villages (iv) ainsi que dans l'organisation de la référence des cas à risques (v).

Le plan d'opération s'attendait à une évolution de la couverture des accouchements à 45%, partant d'une valeur en 1998 de 31% en structures de premier niveau (données du SLIS). Les données recueillies sur la période de juillet 98 à juin 99 donnent un taux de couverture des accouchements assistés en structures de premier niveau de 32% pour l'ensemble du pays.

Tableau 8 : Couverture en accouchements assistés dans les structures de premier niveau par région Juillet 98 à juin 99

Bamako	82%
Kayes	15%
Koulakoro	34%
Sikasso	36%
Ségou	35%
Mopti	18%
Tombouctou	8%
Gao	7%
Kidal	6%
Pays	32%

Source : outils du PRODESS

A l'exception de Bamako, toutes les régions ont des taux inférieurs à l'objectif visé pour 1999.

Le taux de couverture en structures de santé de premier niveau ne s'est sensiblement pas modifié depuis 1998 (31% selon les données du SLIS)

Observations :

Une enquête réalisée en fin d'année 1998 auprès des mères avait donné un taux de couverture en accouchements assistés de 49% au niveau national (+/- 10%, intervalle de confiance à 95%). Cette enquête donne en effet une meilleure appréciation de ce taux de couverture car elle prend également en compte les accouchements effectués en hôpital et dans le privé. D'autre part, en prenant en compte les données des hôpitaux régionaux et nationaux, le taux de couverture en accouchements assistés atteignait 35% pour l'ensemble du pays en 1998. L'analyse des données issues du système local d'informations sanitaires et du système d'information hospitalier pour l'année civile 1999 devrait permettre une meilleure appréciation de la situation.

On peut rappeler que selon l'enquête EDS 1996, la proportion d'accouchements assistés par du personnel médical était estimée à 40%.

III 3. 4. La vaccination.

La planification stratégique du PRODESS prévoit de faire passer de 40 à 80 % la proportion d'enfants complètement vaccinés avec, pour 1999, un maintien de cette couverture à 40%.

Tableau 9 : Couverture en DTCP3 des enfants de moins de 1 an par région Juillet 98 à juin 99

Bamako	86%
Kayes	29%
Koulakoro	58%
Sikasso	59%
Ségou	75%
Mopti	29%
Tombouctou	17%
Gao	24%
Kidal	11%
Pays	52%

Bamako et les régions de Koulikoro, Sikasso, et Ségou ont atteint les objectifs fixés pour l'année 1999.

La couverture reste basse dans les régions septentrionales (< 25%)

Source : outils du PRODESS

Observations :

Les données du SLIS donnent une couverture en DTCP3 des moins de 1 an de 54% pour l'ensemble du pays pour l'année civile 1998. Le taux de déperdition entre le DTCP1 et le DPCP3 était de 28% au niveau national.

A la fin de l'année 1998 l'évaluation de la couverture vaccinale par enquête en grappe effectuée au niveau du pays avait donné les taux de couverture suivants pour les enfants de 12 à 23 mois (résultats fournis avec un intervalle de confiance à 95%) :

- . Sur la présence de la carte de vaccination seule : 36% (+/- 10%)
- . A partir de la carte et en prenant en compte l'interrogatoire de la mère : 52% (+/- 10%)

On peut rappeler que selon les données EDS 1996, ce taux était estimé à 33% (carte seule) et 37,5% (carte et interrogatoire de la mère).

La couverture vaccinale reste très inférieure à l'objectif final de 80%. L'évaluation du PEV effectuée en fin 1998 avait proposé des stratégies novatrices pour améliorer les performances des services de santé parmi lesquelles :

- le renforcement de la stratégie avancée et la réhabilitation de l'ancienne stratégie mobile,
- l'intégration de l'ensemble des services du pays dans l'effort vaccinal y compris les services privés à but lucratif,
- la rémunération des services de vaccination suivant une logique contractuelle, sur base de résultats atteints,
- la recherche et la mise au point de techniques biologiques pour contrôler l'efficacité vaccinale et pour évaluer les campagnes de vaccination....

Force est de constater que la mise en œuvre de ces nouvelles stratégies n'a pas encore réellement débutée.

III 3. 5. La planification familiale.

Tableau 10 : Taux d'acceptation de la PF par région Juillet 98 à juin 99

Bamako	4,4%
Kayes	0,9%
Koulakoro	2,5%
Sikasso	3,9%
Ségou	2,2%
Mopti	2,2%
Tombouctou	0,6%
Gao	0,4%
Kidal	1,4%
Pays	2,5%

Le taux d'acceptation de la PF (nombre de nouvelles acceptantes/femmes en âge de procréer) reste faible dans l'ensemble des régions.

Le taux d'acceptation de la planification familiale était de 1,9% en 1998 selon les données du SLIS. Ce faible taux peut être partiellement expliqué par la sous-notification des activités de planification familiale menées par les ONG.

Source : outils du PRODESS

Observations :

La prévalence contraceptive serait un meilleur indicateur mais est difficile à obtenir par les données de routine et ne sera valablement estimée que par une enquête au sein de la population (enquête EDS prévue durant l'année 2 000).

La prévalence contraceptive estimée par l'enquête EDS 1996 était de 7% au niveau national.

III. 4. Le secteur privé.

Pour renforcer la couverture sanitaire par des soins de qualité, le PRODESS a programmé l'encouragement et l'appui éventuel à l'installation des établissements de soins privés sur une base contractuelle permettant à certains de ceux-ci d'assurer l'offre totale ou partielle du paquet minimum d'activités (PMA) avec des conditions tarifaires accessibles à la population. Il est envisagé dans ce cadre des mesures spécifiques visant à faciliter les conditions d'établissements par l'accès au crédit et la réforme de la fiscalité.

Pour mieux apprécier la répartition des institutions privées, les tableaux ci-dessous montrent leur répartition par type dans les régions et dans le district de Bamako. Ils indiquent si ces établissements disposent de licence.

Tableau 11 : Situation administrative des structures privées recensées

	Hors Bamako		A Bamako	
	Avec licence	Sans licence	Avec licence	Sans licence
Cabinet de consultation	12	12	34	7
Clinique médico-chirurgicale, accouchements.	4	1	8	5
Clinique médicale	1	2	7	4
Clinique chirurgicale.	0	0	1	0
Clinique d'accouchement	1	2	2	2
Cabinet de soins	14	11	13	15
Laboratoire d'exploration, fonctionnelle	0	0	0	0
Laboratoire d'analyses biomédicales	1	1	1	0
Cabinet de radiologie	0	0	1	0
Centre de rééducation	0	0	1	0
Centre de cure	0	0	3	0
Cabinet traditionnel	1	0	0	0
Total	34	29	71	33

Source : rapport DNSP 1999

Remarques :

- Les structures privées les plus nombreuses sont les cabinets de consultations et les cabinets de soins. Elles sont suivies des cliniques médicales et des cliniques d'accouchement. Cette répartition est identique dans les régions et à Bamako.
- Plusieurs structures n'ont pas encore été homologuées par le MSPAS, en effet, au moins 30% des établissements de Bamako et des régions fonctionnent sans licence.
- Vu la complémentarité recherchée au sein des services de santé du pays et la volonté de poursuivre la diversification de l'offre de soins, il sera nécessaire d'engager les actions pour la régularisation de la situation administrative des établissements sans licence.

III 5. La référence

III 5. 1. L'amélioration du patrimoine des centres de santé de cercles

Bien que le plan d'opération 1999 n'ait prévu aucune réhabilitation durant l'année, un important effort en génie civil a été accompli. A l'exception des réhabilitations de Kita dans la région de Kayes, la plupart des travaux effectués visaient à rattraper les retards des années antérieures. En 1999, 19 centres de santé de cercles ont été réhabilités

Tableau 12 : Réhabilitation et construction de 19 centres de santé de référence en 1999

Régions	Centres de santé de cercle	Remarques
Bamako	Commune I, IV et VI	Equipement sera réceptionné avant la fin du mois de février 2000
Kayes	Kita, Bafoulabé ; Kénieba	Première phase pour Kita
Koulakoro	Banamba ; Koulakoro et Dioïla	
Ségou	Baroueli, Bla, Tominian	Equipement sera réceptionné avant la fin du mois de février 2000
Mopti	Djenné, Douentza, Koro, Bandiagara, Bankass	Construction de Djenné, réhabilitation des autres structures
Tombouctou	Goundam ; Niafounké	Doit se poursuivre en 2000

III 5. 2. L'organisation de la référence

La programmation 1999 prévoyait de rendre opérationnel les centres réhabilités ou déjà construits ainsi que de renforcer les cadres conceptuels d'organisation de la référence. Douze cercles avaient programmé l'organisation de la référence en 1999. Quatre cercles ont organisé la référence suivant les cadres conceptuels définis durant l'année et quatre cercles sont en cours d'organisation. Les retards pris dans les travaux de génie civil ont entravé la réalisation cet objectif.

En 1998 huit cercles avaient organisé la référence. C'est ainsi qu'à ce jour, 12 cercles sur les 54 du pays l'ont un système référence organisé et opérationnel.

La DNSP considère le **taux de césariennes** comme est un indicateur du fonctionnement de la référence. En effet, elle peut être effectuée si un équipement de base est présent, si un personnel compétent est disponible. Le taux sera corrélé à la capacité de référer par les services du premier échelon ainsi que très vraisemblablement aux capacités économiques de la famille ou son entourage². Si l'on se réfère à la littérature, un taux minimal de césariennes de 1,2% par rapport au total des accouchements attendus correspond aux interventions pour indications maternelles absolues, un taux de 5% étant généralement admis pour indications maternelles et fœtales.

Le nombre de césariennes attendues suivant le taux le plus bas (1,2%) a été mis en relation avec le nombre de césariennes réalisées dans chaque région. Les données les plus complètes (toutes structures de référence y compris les hôpitaux) concernant les césariennes sont celles de 1998 et sont analysées ci-dessous et pourront servir de données de base pour analyser l'évolution ultérieure de la situation :

² Il faut préciser cependant qu'une analyse plus fine serait nécessaire prenant en compte le lieu de provenance des césariennes et calculant les taux spécifiques selon ce lieu de provenance. En effet, dans un cercle, si l'essentiel des césariennes est pratiqué sur des parturientes issues de la localité d'implantation de la structure de référence, ce taux ne reflète pas nécessairement la prise en charge de la référence du premier niveau.

Tableau 13 : Césariennes notifiées par les centres de santé de cercle et les hôpitaux en 1998

	Population	Naissances attendues	Césariennes attendues 1,2% des naissances	Césariennes notifiées par les CSref	Césariennes notifiées par les hôpitaux	Taux de césariennes César / naissances attendues
Bamako	1 056 814	52 841	634	701	718	2,75%
Kayes	1 403 575	70 179	842	45	136	0,26%
Koulikoro	1 590 891	79 545	955	239		0,30%
Sikasso	1 820 983	91 049	1093	231	201	0,48%
Ségou	1 717 823	85 891	1031	140	329	0,56%
Mopti	1 507 730	75 387	905	82	244	0,33%
Tombouctou	468 885	23 444	281	4	41	0,18%
Gao	406 261	20 313	244	0	29	0,15%
Kidal	43 456	2 173	26	0		0%
Total	10 016 418	500 821	6 010	1 442	1698	0,62%

Source : rapport DNSP 98 et rapport des hôpitaux CPS 98

Remarques

- Hormis la ville de Bamako, le taux de césarienne est inférieur au taux minimal admis. Il est le plus faible dans les régions du Nord. Si l'on admet que le taux de 1,2% est le taux minimal pour sauver la mère, cela signifie que le déficit en césariennes se solde par le décès de la parturiente. Selon les données notifiées, on peut ainsi estimer à près de 3 000 le nombre de décès annuel de parturientes au cours de l'accouchement par manque d'accès à temps à une structure pouvant pratiquer la césarienne.
- Ces données démontrent l'ampleur du problème et la nécessité de rendre opérationnelle la référence dans tous les cercles du Mali afin de réduire la mortalité maternelle.

III 5. 3. Les hôpitaux

Le Mali disposait en 1999 de 6 hôpitaux régionaux (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao) et des 4 hôpitaux nationaux ayant statut d'EPA (Gabriel Touré, Hôpital du point G, Hôpital de Kati et Centre National d'Odontostomatologie). Le tableau 14 présente la répartition des lits par hôpital et par service. Le nombre de lits des hôpitaux s'élève à 744 pour les hôpitaux régionaux et à 1050 pour les EPA. Le Mali compte au total un lit pour 5 600 habitants mais hors Bamako, ce ratio est de 1 lit pour 12 000 habitants.

Les activités rapportées par les hôpitaux sont synthétisées dans le tableau 15. Il s'agit des activités de 1998, le rapport d'activité de l'année 1999 ne pouvant être disponible avant la fin du second semestre de l'année 2000. L'analyse des données d'activité notifiées par les hôpitaux montre une sous utilisation avec des taux d'utilisation des lits faibles dans toutes les structures. La sous-notification et le manque de contrôle du circuit des malades sont deux éléments qui peuvent expliquer la faiblesse des indicateurs d'utilisation.

La mise en place du système d'information hospitalier durant le dernier trimestre de 1999 devrait permettre d'obtenir une information de meilleure qualité pour l'année 2 000.

En mai 1999 la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière a été créée par décret pour une durée de deux années. Elle a pour mandat :

- ✓ La préparation de la loi hospitalière avec extension du statut d'EPA aux hôpitaux de 2^{ème} référence et création du CHU
- ✓ La mise en place de la carte hospitalière
- ✓ L'appui aux hôpitaux pour la préparation de leurs projets d'établissement
- ✓ L'appui au développement et à la mise en place d'outils susceptibles d'améliorer le cadre gestionnaire et comptable des hôpitaux.

TABLEAU 14A : LES HOPITAUX NATIONAUX ET REGIONAUX
DU MALI : NOMBRE DE LITS PAR SERVICE ET PAR HOPITAL - 1999 -

Source : rapport des hôpitaux - CPS

**TABLEAU 14 B : LES HOPITAUX NATIONAUX ET REGIONAUX
DU MALI : PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE PAR HOPITAL - 1999 -**

Source : rapport des hôpitaux - CPS

Tableau 14 c : LES HOPITAUX NATIONAUX ET REGIONAUX
DU MALI : PRINCIPAUX EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX - 1999 -

Source : rapport des hôpitaux - CPS

**Tableau 15 : ACTIVITES DANS LES HOPITAUX NATIONAUX ET REGIONAUX
DU MALI : Principaux indicateurs pour l'année 1998**

Nombre d'actes pour l'année	HGT	HPG	KATI	CNOS	KAYES	SIKASSO	SEGOU	MOPTI	TBOUCTOU	GAO
Hospitalisation	15 859	6 172	1 149	109	1 423	4 504	1 360	3 474	1 107	1 920
Consultation	121 646	32 673	44 614	27 427	17 864	16 916	25 582	19 657	17 840	13 011
Admission en maternité					2 015	4 240	3 139			
Radiologie	12 303	Nd	6 269	310	344	1 879	2 521	1 264	255	643
Laboratoire	27 637	Nd	7 882		10 161	13 268	7 184	8 198	1 997	4 059
Cabinet dentaire					2 849	595	3 380	2 276	1 353	1 398
Chirurgie	4 290	Nd	Nd		876	721	671	647	312	1 842
Echographie	5 044	Nd	Nd		1 004	579		105	91	117
Kinésithérapie		Nd	41							
Petite chirurgie										
Accouchements	4 202	245	0		2 104	4 067	2 928	560	207	838
Moyenne des actes/jour										
Consultations / j	451	121	165	101	66	63	95	73	66	48
Hospitalisations / j	43	17	3	0,3	4	12	4	10	3	5
Radio / j	45	nd	23		1,3	7,0	9,3	4,7	0,9	2,4
Examen de labo / j	102	nd	29		37,6	49,1	26,6	30,4	7,4	15
Accouchements / j	11	0,7	0		5,8	11,1	8,0	1,3	0,2	0,3
Indicateurs hospitaliers										
Journées d'hospitalisation	100 521	120 617	10 665	Nd	7 826	23 980	4 212	19 933	4 601	13 726
Lits	427	500	77	20	113	138	95	101	90	96
DMS (j)	8	20	9	Nd	5,5	5,3	3,1	5,7	4,2	7,1
TOL	64%	66%	38%	Nd	19%	48%	12%	54%	14%	39%
Décès	Nd	Nd	61	Nd	112	494	144	233	28	184
Taux de mortalité hospitalière (%)	Nd	Nd	5%	nd	7,9%	11,0%	10,6%	6,7%	2,5%	9,6

Source : rapport des hôpitaux - CPS

III 6. La lutte contre la maladie

III 6 1 Lutte contre les principales maladies endémiques et épidémiques : données épidémiologiques et principales actions entreprises en 1999 (source : rapport DNSP 1999)

a) Maladies à potentiel épidémique et maladies en cours d'élimination ou d'éradication (données du système d'alerte, janvier à décembre 1999)

Rougeole

La notification des cas de rougeole par le système d'alerte épidémiologique depuis 1996 est rapportée dans le tableau ci après :

Années	Nombre de cas	Décès
1996	3 542	47
1997	3 894	35
1998	10 240	35
1999	2 484	16

Les régions les plus touchées en 1999 ont été KAYES (797 cas/4 décès) et particulièrement le cercle de Yélimané (682 cas/2 décès), Mopti (453 cas/20 décès) et Tombouctou (358 cas/7 décès).

Selon les données du SLIS, la couverture en vaccin antirougeoleux des enfants de moins de 1 an en 1998 était de 57% pour l'ensemble du pays.

Méningite cérébro-spinale

1 038 cas de méningite cérébro-spinale dont 118 décès ont été enregistrés dans les structures de santé du pays.

Des cas de méningite cérébro-spinale ont été notifiés dans toutes les régions, mais aucun taux d'attaque par cercle n'a atteint le seuil épidémique. Cependant, conformément au guide de prévention et de réponse aux épidémies, des vaccinations ont été organisées dans les localités où sont survenus des cas. C'est ainsi que 368.826 personnes ont été vaccinées contre la méningite cérébro-spinale depuis le début de l'année.

Choléra

6 cas dont 3 décès ont été enregistrés dans la commune de OUATAGOUNA, aire de santé de FAFA, village de KATAKEMBE (cercle d'Ansongo) à la 45^{ème} semaine de l'année 1999.

Fièvre jaune

Aucun cas de fièvre jaune n'a été enregistré en 1999, cependant une campagne de vaccination de masse a été réalisée dans le cercle de KENIEBA, considéré comme zone à risque, courant juin 99. Sur une population de 33 616 personnes, 30 055 ont été vaccinées (CV : 89,52%).

Paralysies flasques aiguës

42 cas de Paralysie Flasque Aiguë ont été notifiés à la Division de l'Epidémiologie. Parmi ces 42 cas, 18 ont été confirmés comme poliomyélite aiguë. Lors de la troisième édition des journées nationales de vaccination 2 404 756 doses de polio orale ont été administrées aux enfants de 0 à 59 mois (population estimée de 2 003 930). A l'exception de Kidal, les taux de couverture ont été supérieurs à 100% de la population cible dans toutes les régions.

Tétanos néonatal

77 cas de Tétanos néonatal dont 44 décès ont été signalés en 1999. La région de Sikasso a notifié le plus grand nombre de cas (37 cas dont 29 décès).

b) Maladies endémiques suivies par les programmes nationaux (données de janvier à décembre 1999)

Lèpre

L'objectif du programme est d'atteindre une prévalence inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants d'ici à la fin de l'an 2005. La mise en œuvre de la poly – chimiothérapie (PCT) a permis de réduire la prévalence instantanée de la lèpre qui est de 1,58 cas pour 10 000 habitants en fin septembre 1999. Trois régions (SEGOU, SIKASSO et le District de BAMAKO) ont atteint le seuil de l'élimination pendant le 3ème trimestre 1999.

Tuberculose

En 1998, 4 030 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été détectés et notifiés dont 2 474 cas sont des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs soit 61,4. L'analyse des résultats du traitement de 812 nouveaux cas de tuberculose pulmonaires à frottis positifs mis sous chimio – thérapie de courte durée a donné les résultats suivants :

Taux de traitement complet	62,4%	(507 cas)
Taux de guérison	45,7%	(371 cas)
Taux de décès	1,23%	(10 cas)
Taux d'échec	1,6%	(13 cas)
Taux d'abandon	27,9%	(227 cas)
Taux de transfert	6,8%	(55 cas)

Pendant le 1^{er} semestre 1999, 2 251 cas de tuberculose toutes formes ont été détectés dont 1 418 cas sont des tuberculoses pulmonaires à microscopie positive.

Onchocercose

Les objectifs du Programme de lutte contre l'onchocercose sont :

- Eliminer l'onchocercose en tant que problème grave de santé publique et un obstacle au développement socio-économique
- Veiller à ce qu'il n'y ait pas recrudescence de la maladie.

Dix bassins ont été concernés par le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires

Sur 3 330 villages prévus, 3 143 ont été traités (soit 94,38%)

Sur 1 774 977 personnes recensées, 1 420 755 ont été traitées (soit 80%)

Cécité

Un plan de lutte contre le trachome a été élaboré. Ce plan prévoit une distribution de masse de l'azithromycine dans la région de Koulikoro aux groupes cibles qui sont les enfants de 0 à 10 ans et les femmes.

Une enquête de prévalence du trachome vient de prendre fin en décembre 1999 et montre une prévalence du trachome de 34% chez les enfants de moins de 10 ans au niveau national. Les données de cette enquête serviront d'indicateurs de base pour l'évaluation du traitement à l'azithromycine.

- Un arrêté interministériel réglementant l'importation et le contrôle de qualité du sel iodé est en vigueur dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les troubles liés aux carences en iode.
- Un plan d'action pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les carences en iode a été élaboré par région avec les différents intervenants ;
- Au cours des JNV, la distribution systématique de vitamine A a été faite aux enfants de moins d'un an
- La distribution gratuite de vitamine A est prévue dans les centres de santé pour les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes ;
- Les modules de formation intégrée pour le PMA sont en cours de finalisation

Une étude sur les carences en micro-nutriments dans le District de Bamako a permis de déceler :

- 41% de carence martiale chez les femmes en âge de procréer,
- 24% de goitre chez les femmes en âge de procréer,
- 15% de carence en iode chez le grand enfant,
- Une prévalence prédictive de l'avitaminose A chez enfants de 0 à 5 ans de 14,3% avec un score de consommation de vit A de source animale égal à 3,75.

SIDA

Les cas de SIDA confirmés (sur la base de la définition OMS de Bangui) notifiés de juillet 1998 à juin 1999 sont au nombre de 443 (Deuxième semestre 1998 : 237 cas, premier semestre 1999 : 206 cas).

Ces chiffres sous estiment certainement la réalité tenant compte du fait que la confirmation des cas n'est pas toujours effectuée. Par ailleurs beaucoup de cas enregistrés sont rencontrés au stade terminal. La dernière enquête réalisée par l'INRSP en 1999 à Koulikoro, Mopti et Sikasso montre une séroprévalence de 3% environ chez les femmes enceintes et de près de 30% chez les prostituées.

A noter qu'au laboratoire de l'hôpital du Point G, pour la période de juillet 98 à fin juin 99, 4 916 recherches de VIH ont été faites dont 2 337 positives. La plupart des demandes d'examen (80%) est faite pour des malades symptomatiques.

III 6 2 Hygiène et assainissement

L'essentiel des actions menées se focalise sur les activités classiques d'inspection des établissements classés :

- Les études des dossiers d'implantation et unités industrielles dont 24 ont été inspectées.
- La désinsectisation de 624 concessions,
- La formation de 40 techniciens sanitaires en technique d'imprégnation des supports,
- La formation de 25 techniciens sanitaires dans cadre de la lutte contre les troubles liés aux carences en iode,

- La délivrance de 30 certificats de salubrité et d'innocuité.
- L'introduction de modules d'éducation à l'hygiène de salubrité dans les régions
- L'élaboration et la vulgarisation de 60 moules pour «dalles Sanplant » dans le cadre de l'hygiène publique et leur vulgarisation dans 4 régions,
- La participation aux supervisions intégrées dans les régions de SIKASSO, MOPTI, KOULIKORO, KAYES, KIDAL ET KOLOKANI,
- La participation aux activités de lutte contre les épidémies.

On note globalement une certaine faiblesse dans les activités d'hygiène. Ceci est en partie lié à l'insuffisance en ressources humaines qualitativement et quantitativement pour conduire concevoir les plans, donner les appuis nécessaires aux régions.

A l'avenir il serait urgent d'envisager le renforcement de capacité de la division pour la conception, la programmation et l'appui stratégique aux régions.

III 6 3 Activités promotionnelles

Les activités promotionnelles de santé (nombre de séances d'IEC) sont synthétisées dans le tableau ci-dessous. L'objectif global de ces activités promotionnelles est de mobiliser la population à tous les niveaux afin qu'elle adhère à la politique sanitaire et sociale nationale. On observe que d'une façon générale les activités promotionnelles ont augmenté en nombre entre 1998 et 1999. Il est cependant impossible d'évaluer l'impact de ces activités et des études spécifiques devront être menées à cet effet

Tableau 16 : NOMBRE DE SEANCES D'IEC EN 1998 ET EN 1999

Sujets traités	1998			1999		
	Cscom CSAR	Csref	Total	Cscom CSAR	Csref	Total
Santé reproductive	7 901	2 763	10 664	10 914	2 406	13 320
Nutrition	2 444	1 038	3 482	3 453	1 326	4 779
Hygiène publique	2 412	2 161	4 573	2 954	2 113	5 067
MST-SIDA	7 072	713	7 785	9 706	1 807	11 513
Lutte contre les maladies	2 085	2 257	4 342	3 249	3 205	6 454
Vaccinations	2 797	2 139	4 936	3 624	2 418	6 042
Mutualités	8	119	127	53	149	202
Micro crédits	11	278	289	1	597	598
Accès aux structures de base	348	316	664	368	479	847

Source : DNAS

III 7 L'accessibilité des médicaments essentiels et autres produits

III 7.1. Les médicaments essentiels

Les objectifs spécifiques du PRODESS concernant l'accessibilité des médicaments essentiels et plus globalement la politique pharmaceutique sont les suivants :

- Améliorer la couverture en établissements pharmaceutiques à travers les structures publiques et privées, tout en consolidant la gestion du schéma directeur d'approvisionnement des médicaments essentiels (SDA) ;
- Assurer la disponibilité et la qualité des médicaments, par le renforcement de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), de l'UMPP, du Laboratoire National de Santé, des Directions régionales et des centres de santé.
- Renforcer le secteur pharmaceutique, en créant une Direction de la pharmacie et du médicament (DPM) pour en assurer la coordination ;

En 1999, le plan d'opération se fixait pour objectifs à court terme :

1. La consolidation du schéma directeur d'approvisionnement des médicaments essentiels à travers
 - l'amélioration de l'approvisionnement,
 - l'usage rationnel des médicaments,
 - la sécurisation des fonds de roulement des dépôts par la mise en place d'un plan comptable et d'un système de contrôle.
2. La maîtrise des établissements sanitaires privés.

Pour atteindre ces objectifs, les activités suivantes ont été engagées en 1999 :

- L'ouverture d'établissements pharmaceutiques privés et publics/communautaires. On recense
 - 489 pharmacies et points de vente privés
 - 16 établissements grossistes distributeurs
 - 406 pharmacies et points de distribution du secteur public
- L'augmentation de la disponibilité en médicaments essentiels qui a été évaluée à près de 84%.
- L'élaboration et/ou la révision de documents – guides tels que le guide de gestion des Cscom, le guide de gestion des dépôts publics et communautaires, la Brochure de politique pharmaceutique nationale, les guides du formateur, les affiches sur la prescription et la dispensation des médicaments essentiels.
- Les activités de suivi sur le terrain à travers la supervision et l'inspection des directions régionales et plusieurs centres de santé de cercle.
- Les activités de formations des médecins chefs, des gestionnaires et des gérants des DRC des CSC, des pharmaciens régionaux

Remarques

- Les fonds importants et le gain générés par les médicaments engendrent des difficultés comme la propagation du marché illicite,
- La gestion inappropriée de fonds ainsi que le maintien d'un système de gestion irrationnel des stocks devront être corrigés.
- Le secteur privé n'a pas mis en place de système d'auto-contrôle en particulier au niveau des grossistes importateurs et les officinaux dont on constate encore des exploitations illégales ou irrégulières. Il faudra remarquer un niveau très insuffisant de la qualification des opérateurs s'expliquant par un manque quasi total de formation continue dans le secteur privé.
- La création de la DPM favorisera la mise en œuvre de certaines activités spécifiques permettant justement de maîtriser la dispersion des activités, l'organisation de la formation continue et la diffusion de l'information dans le domaine pharmaceutique.

Tableau n° 17 : INDICATEURS DE SUIVI DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE

	BKO	KAYES	KOULIKOR	SIKASSO	SEGOU	MOPTI	TOMBOUC	GAO	KIDAL	TOTAL
Nombre d'officines pharmaceutiques privées	1998	144	15	14	25	16	9	1	1	81
Nombre de dépôts pharmaceutiques privés	1999	135	16	14	33	16	7	1	2	224
Fonds de roulement du magasin régional	1998	0	26	30	40	26	10	4	4	140
Capital du dépôt répartiteur de cercle*	1999	5	28	30	42	26	10	5	4	152
										440.792.921
										457.036.106
										635.696.333
										653.153.83
										2

Source : rapport DNSP 1999

* capital = valeur en banque + valeurs en caisse + valorisation du stock

Résultats de l'enquête d'évaluation des indicateurs OMS effectuée en novembre 1999 :

Coût moyen de l'ordonnance en secteur public et communautaire : 1 590 FCFA

Coût moyen de l'ordonnance en secteur privé : 5 830 FCFA

Disponibilité en ME : 83,8%

III 7 2 Les produits sanguins et dérivés

En 1999, le plan d'opération avait fixé pour objectif de renforcer le Centre National de Transfusion Sanguine et de transformer son statut juridique.

Plus spécifiquement, le CNTS avait envisagé d'augmenter le nombre d'unité de sang collecté à 15 000 (i) ; de diversifier les produits sanguins (ii) ; de mettre en place une surveillance régulière des donneurs (iv) ; de réhabiliter ses locaux et mettre en place des antennes régionales (v) et de former le personnel en transfusion sanguine (vi).

Les résultats suivants sont constatés en fin d'année :

- Sur les 15 000 poches attendues, 10 500 ont été collectées contre 8 764 en 1998
- La diversification est restée faible avec seulement 300 unités qui ont été fractionnées ;
- La fidélisation des donneurs est encourageante mais encore nettement insuffisante avec une cohorte de 300 personnes ;
- Les bâtiments du centre national ont été totalement réhabilités et équipés. La réception est attendue le premier trimestre 2000 et un appui limité a été apporté à trois régions pour structurer les antennes.

Remarques

Le CNTS s'est renforcé de façon remarquable durant l'année 1999 malgré les entraves inhérentes à la réhabilitation des locaux. On constate toutefois que :

- Le nouveau statut de la structure et l'analyse des implications pour la gestion du CNTS (avec les antennes régionales) sont en cours.
- La disponibilité de sang sécurisé dans les régions est encore réduite
- Un document de programmation globale de la transfusion sanguine (schéma directeur) est en cours d'élaboration.

III 7 3 . Le contrôle de qualité

La mission du Laboratoire National de Santé (LNS) dans la politique des médicaments essentiels est d'assurer que les médicaments prescrits sont de qualité principalement par la surveillance des médicaments importés par la PPM et par les grossistes (i) ; la garantie de l'assurance qualité des médicaments ayant fait l'objet d'une demande de mise sur le marché – AMM (ii) ; l'évaluation de l'impact des conditions de stockage et de conservation (iii).

En 1999, le plan d'opération avait fixé pour objectif de renforcer le Laboratoire National de Santé (LNS) et de le transformer juridiquement en Etablissement Public à caractère Scientifique Technique et Culturel.

Durant l'année, les échantillons suivants ont été analysés :

- 276 importés en DCI et par les grossistes - 3 non conformes
- 377 stockés – 23 non conformes
- 102 AMM – 1 non conforme

Par ailleurs en 1999, le LNS a analysé les échantillons de 149 denrées alimentaires, 478 prélevements d'eau et 68 prélevements divers à la recherche de contamination.

Remarque

A l'instar du CNTS, le nouveau statut de la structure et l'analyse des implications pour sa gestion sont en cours.

III 8 . Activités de recherche menées par l'INRSP

Dans le cadre de sa restructuration l'INRSP a procédé à une meilleure définition de ses domaines prioritaires de recherche autour desquels se sont constituées des équipes. Ces domaines sont au nombre de 11 :

- réforme des systèmes de santé
- maladies bactériennes et virales
- maladies parasitaires
- maladies métaboliques
- maladies néoplasiques
- maladies hématologiques
- santé de la reproduction
- nutrition
- socio-anthropologie
- environnement et santé
- médecine et pharmacopée traditionnelle

Les recherches suivantes ont été menées en 1999 :

Recherche sur la réforme des systèmes de santé

Problématique de la mise en place, du fonctionnement et de la gestion des ASACO.

Analyse de la fonctionnalité des centres de santé de base au Mali.

Méthodes de mobilisation des populations sur la gestion des services de santé.

Maladies bactériennes et virales :

Etude de la prévalence des marqueurs du virus de l'hépatite B chez le personnel des laboratoires d'analyses de l'INRSP.

Prévalence des MST et du VIH dans 3 régions du Mali : Koulikoro, Mopti, Sikasso.

Etude épidémiologique de la diarrhée glairo-sanglante à Bamako.

Maladies parasitaires :

Les recherches ont contribué à développer une stratégie de lutte contre la schistosomiase dans le bassin du fleuve Sénégal avec deux volets : un volet épidémiologique et un volet malacologique.

Nutrition

Etude de base sur l'alimentation et la nutrition dans le cercle de Bafoulabé.

Statut nutritionnel des enfants scolarisés des écoles communautaires du cercle de Kolondiéba.

Médecine et pharmacopée traditionnelle

Mise au point de deux médicaments traditionnels améliorés (MTA) sur le traitement du diabète et de la drépanocytose au Mali.

Etude préliminaire de faisabilité d'un protocole d'essai de médicament à base de plante pour la prise en charge de patients VIH positif.

Autres activités de recherche (Santé des zones périurbaines du district de Bamako)

Etude des facteurs socio-économiques influençant la couverture vaccinale à Sikoroni

Recherche sur les méthodes de mobilisation des populations sur le thème « identification des enfants non vaccinés »

Couverture vaccinale

IV LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

Les objectifs spécifiques du PRODESS concernant la lutte contre les exclusions sont les suivants :

Contribuer à la réduction des phénomènes de marginalisation et d'exclusion des groupes sociaux vulnérables.

Prévenir la dégradation du statut socio-économique des personnes démunies, notamment les femmes chefs de ménages.

Rendre disponible et accessible aux populations le paquet d'activités des services sociaux de premier échelon.

Les stratégies retenues sont les suivantes :

Promotion de l'insertion et la réinsertion de groupes sociaux vulnérables et défavorisés.

Réadaptation à base communautaire.

Appui technique et matériel aux associations, ONG, et autres structures sociales.

Création d'un fonds national de solidarité.

Développement des communautés avec leur propre participation.

Expérimentation de l'approche de développement communautaire.

Les activités menées par la DNAS sont détaillées dans les tableaux d'état d'exécution du PO de l'année 1999 en troisième partie du document.

Il existe actuellement peu d'indicateurs concernant ce volet, le système d'information social n'étant pas encore développé. Sa mise en œuvre durant l'année 2000 doit permettre de palier cette lacune.

Des enquêtes seront menées durant l'année 2000, en particulier l'enquête EDS 2000 qui devrait permettre de disposer de données de base nécessaires à l'évaluation de l'impact du PRODESS dans le domaine de l'exclusion sociale.

V DEVELOPPEMENT DES MODALITES ALTERNATIVES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Les stratégies de développement des modalités alternatives de financement de la santé sont les suivantes :

- Promotion du développement des mutuelles de santé
- Développement des formules de pré-paiement des évacuations sanitaires dans le cadre de la référence
- Développement d'un cadre législatif et réglementaire pour l'assurance maladie

C'est la stratégie de promotion du développement du secteur mutualiste qui a surtout été menée en 1999.

Le rôle de l'Etat réside dans l'établissement d'un cadre législatif et réglementaire pour le développement des mutuelles, l'exercice de la tutelle des mutuelles et l'information et la formation des citoyens et des agents de l'Etat.

L'Union Technique de la Mutualité a été créée en avril 1998. Elle a pour mission de représenter le mouvement mutualiste malien auprès du gouvernement mais aussi de favoriser et de promouvoir le développement de la mutualité avec un objectif immédiat d'introduire l'assurance maladie volontaire. Le premier congrès de la Mutualité malienne a été organisé en 1999.

Situation de la mutualité malienne :

Elle compte actuellement 28 mutuelles. La création de nouvelles mutuelle est en cours. Le montant des cotisations s'élevait à 864 805 745 FCFA en 1998 pour des dépenses de 363 001 588 FCFA. Le nombre de personnes couvertes s'élève à environ 35 000, essentiellement pour des prestations de prévoyance (retraite, décès...). Le volet santé n'en est qu'à ses débuts.

Tableau n° 18 : Nombre de mutuelles et d'adhérents par région

Régions	Nombre total de mutuelles	Nombre d'adhérents	Mutuelles offrant des prestations maladies
BAMAKO	20	32 854	
KAYES	2	600	
KOULIKORO	1	250	
SIKASSO	1	400	
SEGOU	2	550	
MOPTI	2	600	
TOMBOUCTOU	0	0	
GAO	0	0	
KIDAL	0	0	
MALI	28	35 254	12

Source : DNAS / UTM

En 1999, 6 nouvelles mutuelles ont ainsi été agréées (pour 9 600 adhérents) et 14 dossiers de demande d'agrément sont en études.

Des formations d'administrateurs de mutuelles sur les textes et l'organisation d'une mutuelle et des formations de techniciens de développement communautaire sur les principes de la mutualité ont été réalisées.

VI. LES RESSOURCES HUMAINES

La portée du développement des ressources humaines a entraîné les planificateurs à en faire un volet spécifique du PRODESS qui va déterminer la nature et la qualité des services et donc l'impact que peut avoir le système de santé et d'action sociale sur la santé des populations.

C'est la **Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines** qui est chargée d'assister le ministre responsable de la santé dans la conception et l'élaboration d'une politique de développement des ressources humaines, toutefois, les objectifs opérationnels spécifiques du Plan d'opération 1999 relève toujours directement de la DNSP entre autre :

- Le suivi du personnel de santé sur le terrain
- Le développement d'un programme de formation continue
- La promotion de stratégies de reconversion de certaines catégories d'agents
- L'adoption de mesures transitoires pour couvrir les besoins du programme

VI 1 Le personnel soignant

Le tableau ci-dessous indique le nombre de personnel soignant dans les structures publiques et communautaires en 1999

Tableau 19 : Recensement du personnel médical et paramédical dans les structures de soins publiques et communautaires – 1999

1er niveau	méd généralistes	méd à compétence chir	méd spécialistes	tot médecins	pharmaciens	sage femmes	Infirmiers
KAYES	24	13		37	0	20	55
KOULIKORO	38	18		56	0	62	135
SIKASSO	53	12		65	0	43	215
SEGOU	16	7		23	0	21	37
MOPTI	24	12		36	0	32	92
TOMBOUCTOU	16	5		21	0	19	53
GAO	14	6		20	0	16	33
BAMAKO	20	2		22	0	162	106
KIDAL	5	2		7	0	4	15
TOTAL 1^{er} niveau	210	77	0	287	0	379	741
Hôpitaux	méd généralistes	chirurgiens	autres spécialistes	tot médecins	pharmaciens	sage femmes	IDE+TSS
KAYES	3	3	4	10	1	2	12
KOULIKORO	2	5	4	11	1	0	18
SIKASSO	2	5	5	12	1	4	18
SEGOU	8	7	13	28	1	17	28
MOPTI	3	1	3	7	1	1	15
TOMBOUCTOU	4	2	1	7	1	0	10
GAO	4	2	4	10	1	1	15
BAMAKO	22	28	56	106	4	38	167
TOTAL Hôpitaux	48	53	90	191	11	63	283
TOTAL	258	130	90	478	11	442	1 024

Rapport DNSP 99 et rapport des hôpitaux de la CPS

Le tableau 20 présente les ratio habitants par type de personnel soignant pour le secteur public et communautaire. L'analyse de ces ratio doit tenir compte de l'absence de données disponibles en 1999 pour le personnel exerçant dans le secteur privé.

Remarques

- Chaque cercle dispose d'un minimum de deux médecins à l'exception de KIDAL, région qui n'est pas dotée d'un centre de référence par cercle.
- Dans les régions de SEGOU, MOPTI, TOMBOUCTOU, GAO et KIDAL, tous les cercles ne disposent pas de médecins à compétence chirurgicale.
- La ville de Bamako dispose de 27% de l'effectif en médecins, soit un médecin pour 8 000 habitants environ (sans tenir compte des médecins privés). Le ratio national pour les médecins est de 1 médecin pour 21 000 habitants. Les ratio habitants/médecin sont les moins bons dans les régions de Ségou et Mopti. Concernant les médecins spécialistes ils sont essentiellement concentrés à Bamako (60% de l'effectif national).
- Concernant les médecins à compétences chirurgicales et chirurgiens, le ratio national est de 1 pour 77 000 habitants. Il est le plus défavorable dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti avec moins d'un médecin à compétence chirurgicale pour 100 000 habitants.

- La moitié de l'effectif des infirmiers se trouve à Bamako et dans la région de Sikasso (respectivement 27% et 23%). Le ratio national est de 1 infirmier pour 9800 habitants. Les ratios habitants/infirmiers sont les moins bons dans les régions de Kayes et Ségou, et Mopti (moins de 1 infirmier pour 10 000 habitants).
- Près de la moitié (45%) de l'effectif des sages-femmes est concentrée à Bamako qui dispose d'une sage-femme pour 5000 habitants environ (sans tenir compte des sages-femmes privées). Le ratio au niveau national est de 1 sage-femme pour 22 600 habitants. Le ratio habitant/sage-femme est nettement défavorable dans la région de Kayes (moins de 1 sage-femme pour 60 000 habitants).

Le recensement partiel permet d'illustrer les déséquilibres quantitatifs pour toutes les catégories de personnel entre les régions. Par ailleurs des enquêtes menées auprès des médecins chefs évoquent la fuite du personnel des CSCOM pour d'autres structures ou d'autres fonctions. Des mesures correctives sont en discussion pour assurer des prestations de qualités dans chaque structure mais pas encore en application.

Tableau 20 : RATIO HABITANT PAR TYPE DE PERSONNEL SOIGNANT PAR REGION : Structures publiques et communautaires- 1999 –

	Hab/MG	Hab/MC	Hab/autre spé	Hab/Tot med	Hab/SF	Hab/inf
KAYES	51 984	87 723	350 894	29 863	63 799	20 949
KOULIKORO	39 772	69 169	397 723	23 745	25 660	10 398
SIKASSO	33 109	107 117	364 197	23 649	38 744	7 815
SEGOU	71 576	122 702	132 140	33 683	45 206	26 428
MOPTI	55 842	115 979	502 577	35 063	45 689	14 091
TOMBOUCOU	23 444	66 984	468 885	16 746	24 678	7 443
GAO	22 570	50 783	101 565	13 542	23 898	8 464
BAMAKO	25 162	35 227	18 872	8 256	5 284	3 871
KIDAL	8 691	21 728	0	6 208	10 864	2 897
MALI	38 823	77 049	111 294	20 955	22 662	9 782

Source : rapport DNSP et rapport des hôpitaux CPS

Légende : MG = médecins généralistes, MC = médecins à compétence chirurgicale et chirurgiens, autre spé = spécialistes autres que chirurgiens, Tot med = total médecins, SF = sage femmes et matrones, inf = IDE, inf 1er cycle et TSS

VI 2 Le personnel de l'action sociale

Le recensement du personnel de l'action sociale est représenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 21 : Recensement du personnel de l'action sociale – 1999

1 ^{er} niveau et SSSC	Administrateurs sociaux	Techniciens action sociale	Aide social	Auxiliaires sociaux
KAYES	0	13	3	2
KOULIKORO	0	15	0	1
SIKASSO	2	18	1	4
SEGOU	0	24	0	1
MOPTI	1	20	0	1
TOMBOUCTOU	0	14	0	0
GAO	1	10	2	0
BAMAKO	1	29	2	3
KIDAL	0	1	1	0
TOTAL	5	144	9	12
Directions régionales	Administrateurs sociaux	Techniciens action sociale	Aide social	Auxiliaires sociaux
KAYES	6	5	0	0
KOULIKORO	4	6	0	0
SIKASSO	3	5	0	0
SEGOU	0	6	0	3
MOPTI	5	4	0	0
TOMBOUCTOU	5	1	0	0
GAO	3	1	0	0
BAMAKO	0	0	0	0
KIDAL	2	1	0	0
TOTAL DRAS	28	29	0	3
TOTAL	33	173	9	15

Rapport DNSP 99 et rapport des hôpitaux de la CPS

VII. LE RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL

VII 1 Réformes institutionnelles

Il était prévu en 1999 de procéder à une réforme institutionnelle se traduisant par une restructuration de certaines directions centrales dont la CPS, la DAF et la DNSP qui devait bénéficier d'une profonde mutation :

- la Division Laboratoire Pharmacie devait disparaître au profit d'une Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DPM);
- le Laboratoire National de la Santé devait devenir un établissement autonome ;
- le Centre National de Transfusion Sanguine devait devenir un établissement autonome
- les divisions devaient être réformées.

Par ailleurs la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière (MARH) et la Mission de Développement des Ressources Humaines (MDRH) devaient être créées.

Les activités suivantes ont été menées :

- ✓ Adoption des textes relatifs aux cadres organiques de la DAF et à l'organisation, aux modalités de fonctionnement et au cadre organique de la CPS en conseil des ministres du 07/04/99.
- ✓ Création par décret n° 99-105 PM-RM du 12 mai 1999 de la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
- ✓ Création par décret n° 99-105 PM-RM du 12 mai 1999 de la Mission de développement des ressources Humaines.
- ✓ Création par décret n° 99-203/PM-RM du 22 juillet 1999 des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du plan décennal de développement sanitaire et social 1998 – 2007 et du programme de développement sanitaire et social 1998 - 2002
- ✓ Textes relatifs à la restructuration de la DNSP en cours de validation.
- ✓ Textes relatifs à la création de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament en cours de finalisation.
- ✓ Textes relatifs à l'érection du laboratoire national de la santé et du centre national de transfusion sanguine en Etablissements publics à caractère scientifique et culturel (EPSTC) en cours de finalisation.

B. TABLEAUX D'EXECUTION DES PO 1999 PAR VOLETS

Note préliminaire : Très peu d'activités programmées ont pu être menées du fait des difficultés de mobilisation des fonds, notamment par manque de procédure arrêtées pour les décaissements bien que des financement aient été pré-positionnés aux niveaux régional et local.

Les réalisations par services ont été les suivantes au cours de l'années 1999.

VOLET 1 : EXTENSION DE LA COUVERTURE ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

1 / Améliorer l'accessibilité géographique au PMA du 1^o échelon

1.1 Augmenter le nombre CSCCom/CSAR fonctionnels

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etudes archi 5 CSCCom (> 15000 hab)	Etudes architecturales pour 20 CSCCom	91	455%
Etudes archi 15 CSCCom (< 15000 hab)			
Construction 5 CSCCom (> 15000 hab)	20 CSCCom construits et appel d'offre pour forage lancé – résultats disponibles	59	318%
Construction 15 CSCCom (< 15000 hab)			
Forages pour 20 CSCCom			
Equipement de 5 CSCCom (> 15.000 hab.)			
Equipement de 15 CSCCom (< 15.000 hab.)	20 CSCCom équipés, pouvant communiquer et mener des activités de stratégie avancée	91	455%
Motos pour 20 CSCCom (1 par CSCCom)			
RAC pour 15 CSCCom (1 par CSCCom)			
Dotation stock initial de réactifs	20 CSCCom équipés en médicaments et réactifs	91	455%
Dotation stock initial de M.E.			
Formation initiale des ASACO			
Lancement des CSCCom	20 CSCCom opérationnels	91	455%
Formation initiale du personnel	Personnel et responsables des 20 CSCCom formés	91	455%

Commentaires : La programmation initiale prévoyait 20 CSCCom/CSAR alors que l'objectif du PRODESS est de 60 nouvelles aires fonctionnelles/an. Cette programmation s'explique par la prudence exprimée lors des journées d'évaluation 1998/1999 du fait des incertitudes observées sur les engagements des partenaires et sur les capacités de mobilisation de la contrepartie des populations.

Sur 91 CSCCom/CSAR réalisés en 1999, le gros des efforts vient des Sikasso avec 20 réalisations et de Tombouctou avec 16 CSCCom/CSAR suivent ensuite Koulikoro et Gao avec 12 CSCCom/CSAR. La région de Kidal a réalisé ses 2 premiers CSCOM. Rappelons que les projets en cours dans la région de Sikasso sont entrés en 1999 dans leur phase active.

Les inquiétudes du début de l'année n'ont pas beaucoup pesé au niveau opérationnel dans l'extension de la couverture primaire. La dynamique d'extension observée depuis 1994 s'est donc maintenu en 1999 et pourra se poursuivre en 2000.

2 / Assurer la qualité de la prise en charge

2.1 Améliorer les normes & procédures de soins et les outils de supervisions

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etudes pour amélioration qualité soins	1 étude externe et 6 études internes commencées	non	0
Recyclage 220 ASACO	220 ASACO recyclés	45	20%
Recyclage personnel	Textes révisés	non	0
Révision normes et procédures de soins	Textes révisés	oui	100%
Elaboration – révision modules formation	Curriculum révisé	En cours	85%
Formation formateurs nationaux	8 Formateurs nationaux	non	0
Formation formateurs en management et gestion de programme	6 Formateurs formés	non	0
Formation en management	120 Agent formés	non	0
Participation stages et forums internat.	30 participations	oui	100%
Elaboration – révision outils supervision	Outils révisés	En cours	80%
Recherche – action au niveau des cercles	45 études commencées	En partie	40%

Commentaires : Les documents des normes et procédures techniques sont dynamiques. La révision envisagée sur les normes en santé de la reproduction (notamment : santé des jeunes et adolescents, lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants, en nutrition, en genre et santé de la reproduction) ainsi que celle des normes en soins sont terminées. Ces documents en phase de test seront validés au cours de l'année 2000. L'élaboration des outils de supervision commencée en 1999 sera poursuivie en 2000 ainsi que la révision des modules de formations.

Par contre très peu de formation et de recyclage envisagés ont été réalisés.

2.2 Renforcer les CSCCom/AR existants

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Equipement partiel pour 100 CSCCom	100 CSCCom équipés,	En partie	
Réfrigérateurs pour 100 CSCCom		En partie	
RAC pour 100 CSCCom		En partie	
Téléphone pour 8 CSCCom			
Motos pour 147 CSCCom	stratégies avancées menées dans 147 CSCCom	En partie	
Appui aux activités de stratégie avancée		oui	100%
Dotation en réactifs de 347 CSCCom	347 CSCCom avec réactifs	En partie	80%
Dotation stock initial ME de 118 CSCCom	118 CSCCom équipés en ME	oui	100%
Formation continue du personnel des 347 CSCCom existants	Personnel des 347 CSCCom mis à niveau	oui	100%
Fonctionnement 89 CSCCom (> 15000 hab)	347 CSCCom fonctionnels pendant toute l'année	Oui	100%
Fonctionnement 258 CSCCom (< 15000 hab)		Oui	100%
Charges récurrentes 347 CSCCom		Oui	100%

Commentaires : Les 347 CSCCom existant ont pu fonctionner normalement, et des sessions de formation ont été organisées pour leurs personnel. Par contre les renforcer prévus en terme d'équipement complémentaires et de logistiques n'ont été que partiellement réalisés et se poursuivront en 2000.

2 . 3 Renforcer la prise en charge des références et améliorer sa qualité

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etudes architecturales de 6 CSref	6 Etudes architecturales		
Rénovation et extension de 2 Csref	2 Csref rénovés	19	173%
Aménagement locaux Csref	3 Csref aménagés		
Dotation en réactifs de 39 CSref	39 Csref dotés	oui	100%
Charges récurrentes Csref existants	39 CSRef opérationnels toute l'année	oui	100%
Voyages d'études entre régions	5 voyages réalisés	oui	80%
Recherche – action	45 études réalisés		
Formation projet pilote nutrition	4 ESSR formés		
Réunions de monitorage	39 réunions assurées	oui	100%
Elaboration de PDSC	6 PDSC élaborés	0	0
Révision de PDSC	17 PDSC révisés	4	24%
Formation continue personnel CSC	49 ESSC formés		
Organisation de la référence	14 CSRéf ont un système de référence fonctionnel	12	86%
Equipement IEC			
Equipement partiel 19 CSref	14 CSref équipés	19	136%
Dotation en véhicules 4 x 4 de 21 CSref	14 Csref équipés		
Dotation en ambulances	12 Csref équipés	13	108%
Dotation en motos	39 Csref équipés		
Dotation en RAC	20 Csref équipés		

Commentaires : Les appuis en de renforcement en souffrance au cours des années antérieurs (dans le cadre du PSPHR) ont été poursuivis et 19 CSC de Référence ont été réhabilités (rénovation et extension) ou sont en cours de réhabilitation. Parmi ces centres, 4 ont organisé leur référence et 6 ont démarré leur organisation.

Si 12 Csref ont un système de référence organisé, 39 sont opérationnels toute l'année avec une capacité de prise en charge des premières référence.

2 . 4 Maintenir et renforcer l'appui des ESSC aux CSCom/CSAR

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Programmation /évaluation annuelle des PO de cercle	49 PO disponibles à temps, selon canevas standard	49	100%
Supervision de CSCom	347 CSCom supervisés	oui	100%
Evaluation des CSCom	1 CSCom évalué / cercle	non	0

Commentaires : Les activités de supervision des ESSC en direction des CSCom/CSAR ont été partiellement réalisées du faits des difficultés de mobilisation des fonds pré-positionnés au niveau des cercle. Les ESSC ne disposaient pas de moyens pour couvrir l'ensemble des supervisions régulières par endroit.

2 . 5 Mettre en place la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Réhabilitation de locaux (études incluses)	Locaux disponibles	Non	
Dotation en véhicule léger	Appel d'offre lancé pour :	Non	
Dotation en véhicule tous terrains	1 véhicule 4X4	Non	
Dotation en matériel informatique	5 kits informatiques	Non	
Dotation en mobilier de bureau	Mobilier disponible	Non	
Etude sur la maintenance biomédicale	Etude commencée	Non	
Mise en place de la MARTH	Mission opérationnelle	Oui	100%

Commentaires : La mission a été créée et le chef de la mission a été nommé en juin 1999. Un programme de travail a été élaboré et soumis mais les activités n'ont pas pu réellement démarrer du fait des difficultés de mobilisation des fonds liées aux contraintes de procédures.

2 . 6 Renforcer le niveau de sécurité transfusionnelle

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Rénovation et extension du CNTS	Etude réalisée	oui	100%
Matériel technique	CNTS doté en matériel et consommables	oui	100%
Matériel médical et consommables		oui	100%
Véhicule frigorifique pour transport de sang	CNTS doté en véhicule	oui	100%

Commentaires : Le CNTS a été rénové et équipé mais la réception est attendue pour le premier trimestre 2000. Des appuis ponctuels ont été apportés à trois antenne régionales. Le nouveau statut n'est pas encore adopté mais l'élaboration du schéma directeur de la transfusion sanguine est en cours.

2 . 7 Appuyer les structures de 2° et 3° référence

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Développement SIS hospitalier	Système opérationnel	En cours	50%
Etudes spécifiques secteur hospitalier	2 études		
Salaires hôpitaux 2 et 3 ^{ème} référence	Hôpitaux de 2 et 3 ^{ème} ref + établissements spécialisés fonctionnels toute l'année	oui	100%
Fonctionnement hôpitaux 2 et 3 ^{ème} référence	Disponibilité d'un canevas d'élaboration d'un projet d'établissement	oui	100%
Fonctionnement établissements spécialisés		oui	100%

Commentaires : Si les structures de 2^{ème} et 3^{ème} référence ont continué à fonctionner, la réflexion sur l'élaboration des projets d'établissement n'a avancé qu'à l'Hôpital National Gabriel Touré.

Les négociations pour la réhabilitation des hôpitaux régionaux de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti se poursuivent et font partie du programme d'investissement du comité d'organisation de la CAN (COCAN2002). Des requêtes ont été soumises à l'Agence Française de Développement, la Banque Africaine de Développement (BAD) et la banque Mondiale pour les études de faisabilité.

2 . 8 Renforcer les capacités en management de la DLP

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Aménagement de bureaux DPM	2 bureaux aménagés	non	0
Dotation en véhicules	1 voiture	En cours	
Dotation en matériel de reproductrice	1 photocopieuse	oui	100%
Dotation en mobilier de bureau	10 kits (tables+ fauteuil)	non	0
Dotation en documentation	Documentation disponible	non	0
Formation des cadres en informatique	4 cadres formés	non	0
Formation des cadres en législation	5 cadres formés	non	0
Formation des cadres en gestion	6 cadres formés	3	50%
Recyclage général des cadres	10 cadres formés	0	0
Evaluation du schéma directeur	Evaluation réalisée	oui	100%

Commentaires : Si les appuis programmés pour la DLP ont timidement connu un début d'exécution, les prévisions pour le LNS ont été presque entièrement réalisées comme on peut le constater au point suivant.

2 . 9 Renforcer les capacités d'intervention du LNS

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Contrôles qual médic, eau, aliments	Progr de contrôles réalisé	oui	100%
Dotation en consommables et réactifs	Consomm et réactifs livrés	oui	90%

2 . 10 Renforcer les capacités d'intervention de la DMT – INRSP

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Construct annexes Sotuba DMT-INRSP	Annexes utilisables DAO lancé	Non	
Mobiliers pour annexes DMT		Non	
Véhicules DMT (1 véhicule léger, 1 4x4)	DMT équipé de 2 véhicules	Non	
Dotation fonds de recherche et document.	Documentation disponible	Non	

Commentaires : Les difficultés de mobilisations des fonds IDA n'ont pas permis de démarrer les appuis prévus pour la DMT-INRSP.

2 . 11 Renforcer les capacités d'intervention de la PPM

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Augmentation fonds de roulement PPM	Fonds disponibles	Non	0
Formation agents PPM	?		
Construction de magasins régionaux	Constructions lancées à Gao, Kidal, Kolokani, Tombouctou	En partie (Kidal & Gao)	25%
Dotation PPM en camion équipé	1 camion disponible	Oui	100%
Equipement PPM	Equipement disponible	Oui	100%
Matériel informatique	Matériel disponible	Oui	100%

3 / Promouvoir la participation des communautés

3 . 1 Renforcer la démarche communautaire

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etude des canaux de communication	Etude commencée	Non	
Elaboration du guide des ONG	Guide commencé	Non	
Atelier d'élaboration des approches communautaires	Manuel des approches communautaires	Non	0
Formation de formateurs cercles / régions	8 + 49 formateurs formés	En partie	75%
Production, diffusion de message Télé, Radio, Presse etc.	20 productions	Oui	100%
Réalisation d'enquête/cap/focus/sondage	2 enquêtes menées	Oui	>100%
Réalisation micro-programmes sur santé	20 programmes engagés	Oui	100%
Formation du personnel en IEC et participation communautaire	53 personnes formées	Oui	100%
Formation du personnel associatif et ONG en IEC et participation communautaire	53 personnes formées	Oui	100%
Etudes sur rapports Collect loc / ASACO	Etude commencée	Non	
Formation des leaders communautaires des aires de santé en gestion et genre	100 leaders formés	Oui	100%

3 . 2 Réaliser les approches communautaires

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Approches communautaires pour l'établissement de nouveaux CSCCom	45 approches réalisées	oui	100%
Approches communautaires auprès de CSCCom déjà établis	347 approches réalisées	oui	100%
Mobilisation communautaire dans le Nord	21 aires de santé mobilisées pour construction CSCCom	oui	100%

Commentaires : Les activités d'approches communautaires sont menées avant et après le création des CSCOM. C'est pourquoi le niveau de réalisation est satisfaisant puisque plusieurs CSCCom ont été créés en 1999.

4 / Appuyer la lutte intégrée contre la maladie, santé de la reproduction, nutrition, hygiène et salubrité publique

4 . 1 Renforcer les activités de lutte contre les maladies cibles prioritaires

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Renforcement du SLIS	Supports disponibles et opérationnels	Oui	100%
Renforcement du Syst d'Alerte Précoce		Oui	100%
Participation cours et rencontres internat.	10 participations	Oui	100%
Rencontres de coordination lutte intégrée	Schéma directeur de lutte intégrée	En cours	50%
Dotation en médicaments (onchocercose, trachome, tuberculose, lèpre)	Vaccins, consommables médicaments et insecticides disponibles à tous les niveaux d'intervention	Oui	100%
Dotation en filtres, consommables, abate, pommades (dracunculose)		Oui	100%
Dotation en vaccins et consommables		Oui	100%
Dotation en Permethrine (paludisme)		Oui	100%
Etudes sur impact socio-éco du Paludisme	Etudes commencées	En cours	50%
Cartographie distribution du Paludisme	Cartographie commencée	Oui	100%
Soutien à la lutte contre les épidémies	Taux d'incidence stabilisés	Oui	100%
Soutien à la lutte contre les endémies	Taux de prévalence stabilisés	Oui	100%
Dotation en vitamine A	Micro-nutriments disponibles à tous les niveaux concernés	Oui	100%
Dotation en capsules iodées		Oui	100%
Dotation en contraceptifs	Contraceptifs disponibles à tous les niveaux	Oui	100%

Commentaires : La plupart des régions ont bénéficiés d'appui en matériel informatique dans le cadre du SLIS. La DE dispose aussi d'un appui technique dans ce sens. La quasi-totalité

des vaccins rentrant dans le cadre du PEV est pris en charge sur fond de l'Etat dans le cadre du projet « Initiative Indépendance Vaccinale ».

Un forum sur le programme Ver de Guinée et un autre sur le paludisme ont été organisés à Mopti au cours de l'année. Plusieurs session de formation sur la lutte contre le paludisme, la malnutrition, le SIDA, les TDCI (notamment avec les agents économiques sur le sel iodé) etc. ont été réalisés.

C'est ce qui explique les résultats encourageant enregistrés dans la lutte contre les endémies majeures.

4 . 2 Renforcer l'hygiène et la salubrité publique

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Réalisation d'infrastructures hydro-sanitaires dans les aires de santé	35 réalisations engagées	En cours	50%
Dotation en pesticides	Pesticides disponibles à tous les niveaux d'intervention	oui	100%

Commentaires : L'hygiène reste le parent pauvre en terme de programmation et même les deux activités retenues au cours de l'année n'ont pas été entièrement réalisées.

4 . 3 Mettre en place une Division de suivi de la nutrition et alimentation au sein de la CPS

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
AT expatriée Division Nutrition (1 mois)	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT expatriée création SIN (3 mois)	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT expatriée hôpitaux "Amis des Bébés"	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT expatriée projet pilote	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT locale finalisation module enseignement	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT locale inventaire matériel existant	Rapports d'AT disponible	Non	0
AT locale hôpitaux "Amis des bébés"	Rapports d'AT disponible	Non	0
Organisation ateliers de formation en nutrition	Rapports des différents ateliers disponibles	Non	0
Etude sur le protocole de récupération nutritionnelle	Rapport d'étude	Non	0
Formation moyenne durée DSNA		Non	0
AT locale mise au point messages IEC	Rapports d'AT disponible	Non	0
Suivi et évaluation DSNA	2 cadres formés	Non	0
Dotation en équipement	Appel d'offre lancé pour les véhicules et équipements & Div Nutr équipée en fax, ordinateurs, photocopieuse	Non	0

Commentaires : Le chef de la division a été nommé en juin. La CPS a bénéficié d'une mission d'appui technique du Projet POLICY qui après identification des domaines d'appui, a offert un micro-ordinateur portable pour le chef de la division.

Recommandations : Poursuivre la mise en place en affectant le personnel complémentaire et en mettant en place le mobilier et matériel technique et informatique ;

Reconduire et entreprendre les formations prévues ainsi que les études en vue de la mise en place du système d'information sur la situation alimentaire et nutritionnelle.

4 . 4 Renforcer l'implication de la société civile

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Appui au secteur associatif (forfait)	Ressources allouées à 90 %	oui	60%
Mobilisat sociale lutte contre maladie	50 actions organisées	Oui	100% ^ù
Matériel d'hygiène pour GIE	26 GIE dotés		
Appui au secteur associatif en matière d'hygiène et assainissement	12 projets appuyés	oui	100%
Etude sur traduction en messages enquête CAP nutritionnelle	Etude commencée	Non	0
Formation du personnel ESSC et du secteur associatif en IEC de la SR	2 x 53 personnes formés	En cours	
Mobilisat sociale SR et DBC niveau cercle	53 actions organisées	En partie	
Forum des ONG	1 forum organisé	Oui	100%
Elaboration et diffusion messages et outils IEC concernant VIH-SIDA	20 messages élaborés campagne de communication engagée	En partie	
Forum avec le secteur privé	Actes du Forum	non	0
Appui aux ONG et associations concernant VIH-SIDA	Toutes les ONG et associations collaborant avec les DRSP sont appuyés	En partie	

4 . 5 Réduire la prévalence du VIH -SIDA et des maladies sexuellement transmissibles

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Evaluation plan à moyen terme II et élaboration du PMT3	Rapport d'évaluation du PMT2 et document PMT3	oui	100%
Dotation en tests dépistage VIH-SIDA	Le CESAC dispose de 2401 kits de 36 tests, de médic pour les MO et de ressources pour 1 année	oui	100%
Dotation en ME germes opportunistes		En partie	
Fonctionnement du CESAC - Bamako		oui	100%
Dotation en gants et doigtiers	Gants et doigtiers à UU disponibles dans tous les hopitaux	oui	100%
Evaluation du CESAC de Bamako	Rapport d'évaluation	non	0

Commentaires : L'évaluation du PMT-II a été effectuée dans le cadre de la préparation de la phase 3 (PMTIII). Le programme PMT-III est disponible.

Des appuis ont été apportés au CESAC et les contacts sont pris pour la création d'autres centres (Mopti et Sikasso).

Les actions futures doivent tendre vers le renforcement de la sécurité transfusionnelle au niveau local et le développement de l'information

VOLET 2 : LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

La lutte contre l'exclusion est le volet qui a connu le moins de réalisation du fait des même difficultés de mise en place des procédures et financements au cours de l'année.

1 / Renforcer les capacités d'intervention de la D.N.A.S., des DRAS et des SPSC

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Restructuration de la D.N.A.S.	Projet de restructuration	En cours	50%
Développement syst d'information social	Schéma directeur	En cours	50%
Dotation D.N.A.S. en véhicules	1 voiture, 1 TT 4x4	oui	100%
Dotation D.N.A.S. en motos	1 moto	non	0
Dotation D.N.A.S. kits informat portables	1 kit	non	
Dotation D.N.A.S. kits informat bureau	2 kits	non	
Dotation D.N.A.S. mobilier de bureau	Mobilier en place	non	
Supervision par D.N.A.S. niveau cercles	53 surveillances réalisées	non	
Dotation DRAS en mobilier	4 DRAS équipées	non	
Dotation DRAS en supports format IEC	5 DRAS équipées	non	
Appui au fonctionnement de 9 DRAS	PO des DRAS réalisé	oui	100%
Etudes architecturales pour 14 SPSC	Etudes disponibles	non	
Dotation en mobilier	DAO lancé pour 12 SPSC équipés	non	
Dotation en supports IEC	15 SPSC équipés	non	

Commentaires : Seule la restructurations de la DRAS a connu un début de démarrage.

2 / Crée un Fonds de Solidarité Nationale

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Voyage d'étude	AT recruté et opérationnel	non	0
Etude de faisabilité du FNS	Etude engagée	non	0

3 / Favoriser le développement à base communautaire

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Organisation atelier méthodologie CCDC *	Actes de l'atelier	non	0
Appuyer la promotion des foyers améliorés			
Appui aux projets visant à l'amélioration de la vie familiale (FASEF)	15 projets appuyés	oui	100%
Appui à la promotion et au développement des initiatives locales (PRODILO)	Tous les villages ciblés	oui	100%
Mise en place et organisation de la ligne budgétaire pour l'éducation à la vie familiale (FASEF)	1 étude menée	non	0
Formation association et acteurs à la gestion du crédit épargne	53 personnes formées		

Commentaires : * le bailleur a exigé que cette activité soit précédée d'une étude

Les autres activités non menées ne l'ont pas été par manque de financement ou retard de décaissement.

4 / Renforcer les capacités d'intervention de la Maison des Aînés

Activités	Résultats attendus	Réalisé	
Organisation symposium national de gérontologie	Symposium tenu	oui	100%
Etude sur la géronto-gériatrie	Etude commencée	En cours	20%
Dotation véhicule 4 x 4 Maison des Aînés	1 TT 4X4	non	
Dotation moto Maison des Aînés	1 moto	non	
Formation en gérontologie	1 cadre formé	non	0

Commentaires : Le symposium a été organisé mais vu le retard de mobilisation des financements, l'étude se poursuivra pendant l'an 2000 ainsi que l'acquisition des moyens logistiques.

5 / Favoriser la réadaptation à base communautaire des personnes handicapées

Activités	Résultats attendus	Réalisé	
Appui aux activités génératrices de revenus	20 projets appuyés	non	0
Dotation établissement RBC en véhicules	2 voitures	non	0
Dotation ERBC mat bureau, informat, fax	FNH équipée	non	0
Dotation ERBC en matériel didactique et équipement d'apprentissage			
Dotation ERBC en appareillage		oui	100%
Dotation CLRBC en motos et vélos	4 comités Loc RBC équipés	non	0
Dotation CLRBC mat IEC pour formation			
Dotation CLRBC en mobilier de bureau			
Production d'outils pédagogiques	Manuels pédagogique RBC	non	0
Formation en RBC	194 personnes formées	non	0
Autres formations	294 personnes formées	non	0
Appui caisses crédit – épargne (forfait)		oui	100%
Appui aux activités comité de suivi RBC		non	0
Recherche causes handicaps et réinsertion des handicapés		non	0
Renforcement institutionnel des établissements RBC, FEMAH et CLRBC		non	0

6 / Apporter une protection spéciale aux enfants et aux femmes vulnérables

Activités	Résultats attendus	Réalisé	
Organisation du mois de la solidarité	Activités menées	oui	100%
Dotation en matériel informatique pour Tribunal pour Enfants de Bamako	Informatisation du Tribunal pour Enfants de Bamako	non	0
Alphabétisation de femmes dans quartiers	1750 femmes alphabétisées	Oui	100%
IEC dans CEO (SR et hygiène publique)	10 séances d'IEC organisées	Oui	100%
Alphabétisation enfants des CEO	60 enfants alphabétisés	Oui	100%
Accompagnement scolaire enfants de parents indigents	30 enfants accompagnés dans 10 communes urbaines	Oui	100%
Formation de femmes – relais sociaux	108 femmes formées	Oui	100%
Création fonds de garantie épargne-crédit pour 50 groupe ^{ts} féminins de Mopti et Bamako (1250 bénéficiaires)	Fonds de garantie accessible aux bénéficiaires	Oui	54%
IEC pour 50 groupe ^{ts} féminins de Mopti et Bamako sur SR, nutrition, hygiène publique, scolarisation filles, gestion	898 séances organisées	Oui	50%
Appui au secteur associatif (en matériel)	4 associations appuyées	Non	
Format professionnelle enfants 14 - 18 ans	20 enfants formés	En cours	
Formation recyclage des intervenants en animation et gestion de projets	40 leaders d'associations féminines formés ou recyclés	Oui	50%
Etude sur les enfants en conflit avec la loi	Etude commencée	Non	
Etude situat enfants quartiers périph Bko	Etude commencée	non	

Commentaires : les termes de référence des études sont en cours

VOLET 3 : **DEVELOPPER LES FORMES ET MODALITES DE FINANCEMENT ALTERNATIFS DE LA SANTE**

1 / Favoriser le développement du secteur mutualiste

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
AT à Fédérat Nationale de la Mutualité	AT en poste	oui	100%
Organisat forum structures mutualistes	Actes du Forum	oui	100%
Appui à mise en place de la FNM	FNM créée et opérationnelle	En cours	100%
Format personnel socio-sanitaire de cercle	53 personnel formés	oui	100%
Formation professionnels des mutuelles	60 professionnels formés	oui	100%
Appui à la création de mutuelles (CMDT, zones minières, etc.)	60 mutuelles créées	En cours	33%

Commentaires : Presque toutes les activités programmées au titre de l'année 1999 ont été réalisées ou ont connu un début de réalisée

2 / Favoriser le développement des formules de pré-paiement des références

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Sensibilisation des communautés urbaines et rurales à la prise en charge des références	Programme 99 de sensibilisation réalisé	oui	100%

Commentaires : La sensibilisation s'est renforcée dans tous les cercles et plus particulièrement là où la structure de référence a été réhabilitée.

3 / Préparer la création de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Organisation de concertations sur l'AMO entre syndicats et employeurs	Programme 99 de rencontres réalisé	non	0

Commentaires : retard dans la mise à disposition des fonds. Les termes de références sont élaborés.

VOLET 4 : DEVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES

1 / Mettre en place la Mission de Développement des Ressources Humaines

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etude sur la motivation du personnel	1 étude	Non	0
Recensement du personnel	1 recensement	Non	0
Recherche anthropologique sur les RH	1 étude entamée	Non	0
Revue de formation continue	Rapport de revue	Non	0
Dotation en informatique	Appel d'offre lancé pour 5 kits informatique et	Non	0
Dotation en véhicules	1 véhicule 4X4	Non	0
Dotation en mobilier de bureau	Mobilier disponible	Non	0
Mise en place de la MDRH	MDRH opérationnelle	En cours	20%

Commentaires : La mission de développement des ressources humaines a été créée en juin 1999 et le chef de la mission a été nommé et mis en place. Il a élaboré un programme d'activités pour le dernier semestre de l'année qui fut soumis à l'atelier de présentation des objectifs de la mission et approuvé. Cependant aucune activité concrète n'a pu se dérouler par manque de financement à cause des difficultés liées aux procédures de mobilisation des fonds.

2 / Renforcer les capacités d'accueil et de formation de l'IFTS , de l'IFSS et de la faculté de médecine

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Révision curriculum Faculté de Médecine	Révision engagée	oui	100%
Etude de faisabilité extension IFSS	Etude réalisée	Non	0
Etude de faisabilité extension IFTS	Etude réalisée	Non	0
Dotation IFTS en matériel reprographie	IFTS doté en matériel repro	Non	0
Dotation mat informatique IFSS – IFTS	IFSS + IFTS équipés en mat informatique	Non	0
Révision curriculum IFSS	Révision engagée	Non	0
Révision curriculum IFTS	Révision engagée	Non	0
Mise en place cellule format continue IFTS	Cellule opérationnelle	non	0

3 / Renforcer les capacités opérationnelle des structures centrales du Département

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
ATI santé publique	Assistants techniques internationaux recrutés et opérationnels	oui	100%
ATI expertise – législat pharmaceutique	ATI recrutés et opérationnels	oui	100%
ATI élaboration normes budgétaires	ATI recrutés et opérationnels	non	0
ATI Audit financier du PRODESS	ATI recrutés et opérationnels	non	0
ATI Audit technique du PRODESS	ATI recrutés et opérationnels	non	0
ATI pour SNISS	ATI recrutés et opérationnels	oui	100%
ATI programmation/marché	ATI recrutés et opérationnels	non	0
ATI Planificateur hospitalier MARTH	ATI recrutés et opérationnels	oui	100%
ATI Analyste en nutrition et alimentation	ATI recrutés et opérationnels	non	0
ATI pour PPM	ATI recrutés et opérationnels	oui	100%
ATLocale santé publique PNLS	AT nationaux recrutés et opérationnels	oui	100%
ATL santé publique DNSP	ATN recrutés et opérationnels	oui	100%
ATL santé publique DRSP Koulikoro	ATN recrutés et opérationnels	oui	100%
ATL informaticien SIS DNSP	ATN recrutés et opérationnels	oui	100%
ATL gest mutualiste - éco sociale D.N.A.S.	ATN recrutés et opérationnels	non	0
ATL communication sociale (CNIECS)	ATN recrutés et opérationnels	non	0
ATL production audiovisuelle CNIECS	ATN recrutés et opérationnels	non	0

Commentaires : Les assistants techniques prévus sont partiellement en place. Les difficultés majeures ont été l'absence de TDR, les contraintes liées à la signature des contrats (arrêté d'exonération), la disponibilité de certains et toujours les procédures de gestion.

4 / Développer un cadre statutaire viable pour le personnel des Cscom

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Elaboration et adoption du statut du personnel de CSCom	Projet de statut adopté	En cours	20%

Commentaires : Les réflexions sont en cours au niveau de la DNSP en rapport avec la FENASCOM et mais aucun texte n'est encore approuvé. Cette activité doit être une priorité de l'an 2000.

5 / Assurer la formation des spécialistes

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Spécialisation en scanner	3 médecins en formation	Non	0
Spécialisation en neurochirurgie	2 chirurgiens en formation	Non	0
Formation de médecins de santé publique	12 médecins en formation	Non	0
Formation de techniciens de maintenance	5 techniciens en formation	Non	0
Dotation de bourses niveau DSS – DEA	5 DSS-DEA nutrition engagés	Non	0
Formation de diététiciens	2 diététiciens en formation	Non	0
Formation en kinésithérapie	5 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en pharmacie – laboratoire	5 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en anesthésie – réanimation	5 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en radiologie	5 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en psychiatrie	4 paramédicaux en formation	Non	0
Formation de techniciens sup en Santé	paramédicaux en formation	Non	0
Formation en odonto-stomatologie	6 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en ORL	5 paramédicaux en formation	Non	0
Formation en ophtalmologie	5 paramédicaux en formation	Non	0

Commentaires : La commission de sélection a retenu une liste restreinte de candidats pour les spécialisations (un an à 4 ans) hors du Mali. La prise en charge de ces formations a été soumise aussi bien aux partenaires bilatéraux, à l'OMS et sur budget d'Etat. L'OMS et certains bilatéraux ont réservé une suite favorable et relativement diligente. Par contre la plupart des partenaires et l'Etat n'ont pas répondu ou ont répondu négativement aux requêtes. Ainsi pour l'année académique 1999/2000 la situation est la suivante :

a) Dossiers ayant abouti ou en cours :

- 2 prolongations d'un an ont été accordées (bourse OMS),
- 4 candidats retenus pour faire santé publique (4 pour l'OMS),
- 1 candidat en Anatomie-pathologie (OMS)
- 1 candidat en Radiologie-imagerie médicale (OMS)
- 1 candidat en Chirurgie viscérale (OMS)
- 4 candidats en planification et animation sociale à l'ENEA de Dakar (dont 3 pour l'OMS, 1 pour la coopération néerlandaise et 3 sur Budget d'Etat) ;
- 1 en Gestion des Ressources Humaines (1 pour l'OMS)

Il faut ajouter à cette liste les spécialisations retenues pour la faculté de médecine de Bamako (candidats 1999/2000 aux différents CES).

b) Dossiers sans réponses :

- 2 candidats retenus pour faire santé publique (2 pour l'OCP),
- 1 candidat en ORL (OMS)
- 5 candidats en planification et animation sociale à l'ENEA de Dakar (2 pour la coopération néerlandaise et 3 sur Budget d'Etat) ;
- 1 candidat en neurochirurgie (budget d'Etat)
- 1 en Gestion des Ressources Humaines (1 pour le Budget d'Etat)
- 3 en Gestion des services de santé au CESAG de Dakar (2 sur budget d'état et 1 pour OCP).

Ces données ne prennent pas en compte les formations en santé de la reproduction de 10 mois ni les stages de perfectionnement de moins de six mois.

VOLET 5 : DEVELOPPER LES CAPACITES D'INTERVENTION DU DEPARTEMENT DE LA SANTE

1 / Développer les capacités opérationnelles du Département de la Santé

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etude sur l'informatisation du MSPAS	Etude réalisée	non	0
Elaboration du schéma d'informatisation	Schéma d'informatisation	non	0
Mise en œuvre schéma d'informatisation	Mise en œuvre engagée	non	0
Etude sur l'impact de la décentralisation sur mise en œuvre politique sectorielle	Etude commencée	non	0

Commentaires : Les termes de Références (TDR) de l'étude ont été adoptés et soumis à la Banque Mondiale et à la coopération française avec une short liste de bureau d'étude.

Parallèlement, le recensement des ordinateurs en fonction a été fait avec leurs spécifications techniques dans le cadre de la prévision du Bogue de l'an 2000. Il ressort que la plupart des micro-ordinateurs de bureau en services sont dépassés. Leur remplacement doit être programmé dans le budget de l'an 2000.

2 / Assurer le fonctionnement des structures centrales

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Dotation au fonctionnement	Les objectifs inscrits aux PO des structures centrales sont réalisés à 90%	oui	

Commentaires : A part les dations ordinaires du budget d'Etat au fonctionnement courant des services, peu d'appuis ont pu être mobilisés pour renforcer leurs fonctionnements en rapport avec les objectifs des P.O.

Toutefois les activités de programmation (élaboration et validation des outils, formation aux outils, etc.) ont été financées.

3 / Permettre à la DAF d'assumer ses fonctions de coordination de la gestion financière et matérielle du PRODESS

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Etudes architecturales locaux PSPHR	Anciens locaux du PSPHR rénovés et disponibles	non	0
Réhabilitation ancien locaux PSPHR		non	0
Dotation en véhicules	Appel d'offre lancé pour DAF équipée de 2 voitures, 1 TT 4X4, 2 camions	En cours	50%
Dotation en véhicules lourds		non	0
Dotation en équipements de bureau	Appel d'offre lancé DAF équipée en informat, bureautique, télématique	non	0
Développement système info gestion et administrat	Schéma directeur sous-systèmes Finances et RH	non	0
Développement système info budgétaire		non	0
Développement budgets-programmes	Cadres budgets-programmes	oui	
Mise en place réseau informatique	Réseau opérationnel	En cours	20%
Diffusion normes + procédures PRODESS	Manuel disponible et maîtrisé à tous les niveaux	non	0
Formation aux procédures PRODESS		non	0
Restructuration de la DAF	Projet de restructuration	oui	100%

Commentaires : Du fait de la signature tardive de l'arrêté d'exonération, peu de marché ont été lancés. Les réalisations ont surtout porté sur la restructuration de la DAF.

4 / Permettre à la CPS d'assurer ses fonctions de coordination de la planification et de suivi de la mise en œuvre du PRODESS

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Format continue pour services centraux	52 agents SC formés	Non	0
Format continue aux procédures gestion	9 agents DR, 53 ESSC formés	En partie	50%
Restructuration de la CPS	Projet de restructuration	Oui	100%
Rénovation et extension des locaux	Locaux disponibles	Non	0
Dotation en véhicules pour le suivi PRODESS	Appel d'offre lancé pour 3 voitures et 3 TT 4X4 Equipement 1 TT	Non	0
Dotation en informatique et télématique pour le suivi du PRODESS	6 kits informatiques	Non	0
Dotation en Bureautique suivi PRODESS	Equipement disponible	Non	0
Equipement techniques projet pilote		Non	0
Développement du système inform sur la recherche	Schéma directeur	Non	0
Appui au transfert aux collectivités	Programme 99 réalisé	Non	0
Mobilisation en faveur réformes PRODESS	Programme 99 réalisé	En partie (plaidoyer central et dans 2 régions)	20%
Suivi général du PRODESS	Evaluations semestrielles	En partie	50%
Planification activités PRODESS	PO 99 ; RA et PO 2000	En cours	100%
Revue de l'Initiative de Bamako	Actes de la Revue	Oui	100%
Développement du SNISS	Programme 99 réalisé	En partie (SIH)	60
Suivi et évaluation DSNA	2 Rapports (3° & 4° trimestre)	non	0
Suivi et évaluation des agents formés	Agents formés en 98 évalués	non	0
Enquête sur les micro-nutriments	1 rapport	non	0
Evaluation qualité des services	5 évaluations réalisées	non	0
Test de l'outil d'auto-évaluation au niveau cercle	Test réalisé sur 1 cercle	non	0
Dotation groupe électrogène 100 Kva	Groupe opérationnel	Non	0

Commentaires : La restructuration de la CPS s'est concrétisée par l'adoption de deux décrets : décret n°99-088/P-RM du 27 avril 1999 fixant organisation et modalités de fonctionnement et le décret n°99-089/P-RM du 27 avril 1999 déterminant le cadre organique de la CPS. Par ces textes la nouvelle division "suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle" est créée. Un chef de division est nommé depuis juin.

En collaboration avec les autres services techniques centraux et les partenaires techniques, les outils de suivi du PRODESS ont été élaborés et validés avec un échéancier pour les différentes phases de programmation ainsi que la formation des équipes de cercles et de région à leur remplissage.

En partenariat avec l'UNICEF et l'école des cadres des nations Unies de Turin et les ministères de la communication, de l'économie du plan et de l'intégration, plusieurs responsables socio-sanitaires, administratifs et la société civile du niveau central et ceux des régions de Ségou et Mopti ont été formés en analyse et planification des politiques sociales dans le cadre du plaidoyer sur le PRODESS.

La CPS a préparé le rapport du Mali et assuré le secrétariat permanent de la revue de l'Initiative de Bamako tenue en mars 1999 avec la participation de près de 250 délégués.

Il convient de signaler qu'à l'instar des autres services, la CPS a connu les mêmes difficultés. Aussi, les équipements bureautiques, informatiques et logistiques ainsi que la rénovation des locaux n'ont-ils pas pu être réalisés. Les marchés globaux sont en préparation à la DAF. Concernant le réseau interne, seul le câblage est réalisé avec acquisition d'un serveur et deux micros de bureau.

5 / Renforcer les moyens d'action du Centre National d'IEC pour la santé

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Identification du site CNIECS	Site identifié	non	0
Dotation en photocopieurs	1 photocopieur	En cours	
Dotation en kits informatiques portables	1 kit informatique installé	En cours	
Dotation en kits informatiques bureau	1 kit informatique installé	En cours	
Suivi - évaluation activités IEC du centre	Evaluation engagée	non	0

6 / Permettre à la DNSP d'assumer ses fonctions de coordination de l'exécution dans ses domaines de compétences

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Restructuration de la DNSP	Projet de restructuration	En cours	80%
Rénovation – extension des locaux	Locaux disponibles	non	0
Dotation en informatique	6 ordinateurs + périphériques	non	0
Dotation en véhicules	2 voitures, 2 TT 4X4, 1 camionnette vaccins	non	0
Dotation en motos	10 motos	non	0
Mobiliers de bureau	7 kits	non	0
Photocopieuses (2 unités)	2 unités	non	0
Risographe	1 unité	non	0
Dotation en projecteurs multimédia	2 projecteurs	non	0
Dotation en groupe électrogène 3 Kva	Groupe opérationnel	non	0
Dotation en kits contrôle qualité sel iodé	15 000 kits	non	0
Dotation en kits contrôle qualité de l'eau	6 kits	non	0
Développement réseau de communication	Réseau opérationnel	non	0
Inventaire CSCom	Inventaire engagé		
Véhicule projet pilote nutrition	1 véhicule	non	0
Supervision DRSP, CSREF, CSCOM	2 supervisions par niveau et par région	oui	100%
Appui spécial PAM dans le cadre du projet pilote			
Supervision/contrôle de construction deCSREF etCSCOM	Population de 21 aires de santé appuyées pour la construction des CSCOM	oui	100%

Commentaires : Les activités de renforcement de la DNSP étant, pour la plupart, liées à la mobilisation des fonds IDA, les équipements bureautiques, informatiques et logistiques n'ont pas pu être réalisés. Il en est de même pour les formations liées aux même sources.

7 / Permettre aux DRSP d'assumer leurs rôles d'appui et de suivi de la mise en œuvre des plans de régions et des cercles

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Formation continue pour DRSP	9 agents DSSR formés	Non	
Etudes architecturales pour 7 DRSP	Etudes disponibles pour Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou, Sikasso, Tombouctou	Non	0
Dotation partielle en équipement	4 DRSP équipées	Non	
Dotation en équipement informatique	4 DRSP équipées	Non	
Dotation en motos pour 6 DRSP	1 moto par DRSP	Non	
Dotation en RAC pour Kidal	RAC installé	Non	
Dotation en équipement techniques CTS	CTS équipés	Non	
Appui à la recherche opérationnelle	1 activité de recherche/ DRS	Non	
Elaboration de 6 PDSC	6 PDSC élaborés	Non	
Révision de 17 PDSC	17 PDSC revus	Non	
Supervision des Cercles et des CSCCom	Progr de supervision réalisé	En partie	25%
Revue et organisation des CROCEPSS	9 CROCEPSS organisés	Oui	100%
Fonctionnement de 9 DRSP	PO 99 des 9 DRSP réalisé	Oui	100%

Commentaires : Les appuis programmés pour les DRSP en termes d'équipements bureautiques, informatiques, logistiques, de rénovation des locaux et de formation continue n'ont pas pu être réalisés pour les mêmes raisons que précédemment. Toutefois les appuis des DRSP et directions des cercles ont été partiellement assurés, notamment les supervisions, quoique pas de façon assez régulière.

8 / Permettre à la CEPRIS d'assumer ses fonctions

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Inventaire des équipements	Inventaire	En cours	33%
Création base de données équipements	Base de données	En cours	10%
Evaluation des besoins de réhabilitation	Programme d'investissements	non	0

9 / Promouvoir l'implication de la société civile

Activités	Résultats attendus	Réalisé	%
Appui à la mobilisation sociale pour les réformes du PRODESS	Programme 99 réalisé	En partie	0
Appui au transfert de responsabilités vers les collectivités locales	Programme 99 réalisé	non	0

C. Bilan financier

Les outils du PRODESS devaient permettre à chaque cercle d'élaborer un bilan financier de leurs activités à partir des ressources qu'ils ont eu à mobiliser.

Ce bilan doit permettre d'apprécier les taux de réalisation des prévisions budgétaires par volets et par catégorie du PRODESS.

Cet exercice ayant été pratiqué pour la première fois cette année, les données fournies par les cercles sont incomplètes et ne permettent pas de présenter un bilan qui puisse être valablement interprété.

Selon le rapport de la DNSP, il ressort cependant de cet exercice que les opérateurs en périphérie ont encore peu de maîtrise sur l'information des ressources injectées dans leur localité. Il indique aussi que le personnel est ambitieux dans ses programmations, sans toujours tenir compte des possibilités effectives d'absorption locale.

Il serait nécessaire, pour les années ultérieures, afin d'améliorer la budgétisation de programmer des sessions d'analyse et d'arbitrage des plans d'opération de cercles au niveau de chaque région avant les concertations nationales. Par ailleurs, l'affectation par le niveau central d'une enveloppe budgétaire prévisionnelle par région faciliterait la programmation à ce niveau.

Le tableau financier ci-après présente la situation des crédits de l'Etat à la date du 31/12/1999.

SITUATION DE CRÉDITS A LA DATE DU 31/12 1999 (Situation provisoire)

BUDGETS CF - 81	Crédits budgétaires	Crédits notifiés	Crédits engagés	Crédits liquidés	Engagés/notif (%)
11- Personnel	1 371 409 000	1 311 753 124	1 155 741 294	1 142 334 356	88,11
12 - Matériel Fonct. Serv.	3 870 988 000	3 616 855 149	3 204 987 269	2 672 350 238	88,61
13 - Indemnité de déplac.	66 388 000	66 388 000	66 388 000	66 388 000	100,00
14 - Communication/Ener	235 000 000	235 000 000	201 725 140	201 636 640	85,84
16 - Frais de transport	195 679 000	195 188 000	191 196 149	164 982 097	97,95
18 - Entretien des bâtim.	50 630 000	50 630 000	41 071 559	34 855 819	81,12
19 - Autres dépenses	39 000 000	29 250 000	29 231 515	29 054 515	99,94
21 - Participation au fonct.	116 600 000	116 600 000	99 388 903	74 953 464	85,24
22 - Subvention	120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	100,00
26 - Dép.diverses de transf.	347 315 000	317 830 147	316 024 718	305 736 685	99,43
31 - Dépenses en investis.	911 900 000	911 899 154	849 156 825	312 193 284	93,12
32 - Travaux et construct.	220 000 000	185 000 000	180 109 277	56 303 761	97,36
35 - Matériel de transport	200 000 000	150 000 000	128 408 085	17 214 365	85,61
Total général	7 744 909 000	7 306 393 574	6 583 428 734	5 198 003 224	90,11
BUDGET'S EPA					
Hôpital Gabriel Touré	827 838 000	827 838 000	782 107 767	686 451 467	94,48
Hôpital du Point G	737 643 000	737 641 000	732 648 088	732 647 577	99,32
Hôpital de Kati	371 891 000	371 891 000	371 779 034	369 462 427	99,97
CNOS	320 000 000	320 000 000	319 646 664	265 731 069	99,89
INRSP	443 809 000	443 809 000	442 646 632	344 622 964	99,74
Total général	2 701 181 000	2 701 179 000	2 648 828 185	2 398 915 504	98,06

BUDGETS REGIONAUX					
Kidal	75 546 000	75 546 000	61 196 063	61 196 063	81,01
Kayes	318 582 000	318 582 000	315 978 144	315 978 144	99,18
Koulikoro	329 943 000	329 573 000	316 755 447	316 740 432	96,11
Sikasso	316 324 000	316 324 000	322 203 481	319 273 976	101,86
Ségou	315 088 000	315 088 000	312 616 931	312 616 931	99,22
Mopti	283 698 000	283 698 000	283 687 995	283 687 995	100,00
Tombouctou	200 419 000	198 171 000	199 444 850	199 444 850	100,64
Gao	168 155 000	168 155 000	166 641 837	166 370 749	99,10
Bamako	507 009 000	507 009 000	500 822 931	500 822 931	98,78
Total général	2 514 764 000	2 512 146 000	2 479 347 679	2 476 132 071	98,69
RECAPITULATIF					
BUDGETS	Crédits budgétaires	Crédits notifiés	Crédits engagés	Crédits liquidés	Engagés/notif (%)
CF-89	835 100 000	813 982 000	779 633 314	222 695 352	95,78
CF 81	7 744 909 000	7 306 393 574	6 583 428 734	5 198 003 224	90,11
Budget régional	2 514 764 000	2 512 146 000	2 479 347 679	2 476 132 071	98,69
EPA	2 701 181 000	2 701 179 000	2 648 828 185	2 398 915 504	98,06
Total général	13 795 954 000	13 333 700 574	12 491 237 912	10 295 746 151	93,68

Source : Ministère des Finances / Contrôle financier