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

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

----- 0 -----

PROJET SANTE, POPULATION ET HYDRAULIQUE RURALE

RAPPORT D'ACTIVITES 1995

LISTE DES ABREVIATIONS

AGETIPE	:	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public pour l'Emploi
AMPPF	:	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ASACO	:	Association de Santé Communautaire
CAP	:	Connaissance Attitude Pratique
CCP	:	Cellule de Coordination du Projet
CCV	:	Contraception Chirurgicale Volontaire
CEPRIS	:	Cellule d'Exécution des Programmes de renforcement des Infrastructures Sanitaires
CERPOD	:	Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement
CNIECS	:	Centre National de Coordination et de Coordination des Etudes et Programmes Socio-sanitaires
CONACOPP	:	Comité National de Coordination des Programmes de Population
CPS	:	Cellule de Planification et de Statistique
CROCEPSS	:	Comité Régional d'Orientation de Coordination et de Coordination des Etudes et Programmes Socio-sanitaires
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSAR	:	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSC	:	Centre de Santé de Cercle
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
DAF	:	Direction Administrative et Financière
DBC	:	Distribution à Base Communautaire des Contraceptifs
DCI	:	Dénomination Commune Internationale
DE	:	Division de l'Epidémiologie
DNAS	:	Direction Nationale de l'Action Sociale

DNSP	:	Direction Nationale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSFC	:	Division Santé Familiale et Communautaire
ESC	:	Equipe de Santé de Cercle ou de Commune
FASEF	:	Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale
FED	:	Fonds Européen de Développement
FHI	:	Santé Familiale Internationale
GIF	:	Group Inter institutionnel de formation
IEC	:	Information, Education et Communication
IDA	:	Association Internationale de Développement
KFW	:	Coopération Financière Allemande
LNS	:	Laboratoire National de la Santé
MATS	:	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité
ME	:	Médicaments Essentiels
MFC	:	Ministère des Finances et du Commerce
MSSPA	:	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
PDSC	:	Plan Quinquénal de Développement Sanitaire de Cercle ou de Commune
PF	:	Planification Familiale
PPM	:	Pharmacie Populaire du Mali
SEPAUMAT	:	Service d'Entretien du Parc Auto et du Matériel
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SIS	:	Système d'Information Sanitaire
TDC	:	Technicien de Développement Communautaire
TS	:	Technicien Sanitaire

SOMMAIRE

Pages :

1/	INTRODUCTION	1
2/	RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET ET DES RECOMMANDATIONS MAJEURES DE LA REVUE A MI-PARCOURS	2
3/	SATISFACTION DES CONDITIONS D'ELIGIBILITE	3
4/	ETAT D'EXECUTION	7
4.1	Composante Santé	7
4.1.1	Extension de la couverture et performances	7
4.1.2	Renforcement de la référence	13
4.1.3	Activités de soutien	15
	- Approvisionnement en médicaments essentiels	15
	- SIS	16
	- Supervision	17
	- Formation	17
	- Gestion de la logistique	18
4.2	Composante Population	18
4.2.1	Mise en oeuvre de la politique de population	18
4.2.2	Promotion du planning familial	19
4.2.3	FASEF	22
4.3	Composante Hydraulique Rurale	22
4.4	Renforcement des structures d'appui régionales et centrales	25
4.5	Exécution financière	26
5/	COORDINATION	28
6/	CONTRAINTE ET PERSPECTIVES	29
7/	CONCLUSIONS	31
8/	ANNEXES	
-9/	BIBLIOGRAPHIE	

1/ INTRODUCTION

Le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale entre bientôt dans sa quatrième année d'exécution.

Après le processus de planification, l'élaboration des instruments et outils de mise en oeuvre, l'amorce de certaines réformes avec la définition du cadre réglementaire (arrêté interministériel 94-5092 MSSPA/MATS/MFC du 21 Avril 1994), la politique sectorielle de santé et de population se frayait le chemin d'une mise en oeuvre cohérente et harmonieuse.

La dévaluation du franc CFA a provoqué une accélération décisive aux actions visant à assurer la disponibilité des médicaments essentiels. Un schéma directeur d'approvisionnement en médicament essentiel a été élaboré et est en cours d'exécution.

Les résultats présentés lors de la revue à mi parcours du projet, les expériences réussies, le niveau d'appropriation par les cadres du niveau opérationnel ont permis de rassurer de conforter les choix politiques opérés et la faisabilité des options stratégiques de notre politique sectorielle.

Ainsi le passage à échelle est devenu possible pour répondre aux attentes des populations et aux objectifs de la politique sectorielle, ce faisant, elle fait face à de nouveaux problèmes et défis.

2/ RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET ET DES RECOMMANDATIONS MAJEURS DE LA REVUE A MI-PARCOURS

2.1 Objectifs de projet :

Le Projet Population et Hydraulique Rurale s'inscrit dans le cadre d'un effort multisectoriel du Gouvernement à travers des réformes institutionnelles et de politique sectorielle. Il vise à améliorer l'état de santé et le bien être de la population particulièrement des femmes et des enfants.

D'une durée de 6 ans (1992-1997) il devrait aider à :

- Améliorer la couverture et la qualité des services de santé de telle manière que 52 % de la population soit à moins de 15 km d'un centre de santé, que 60 % des femmes soient médicalement suivies, que la croissance de 50 % des enfants de moins de 2 ans soit suivie.
- Augmenter la prévalence contraceptive de 1,2 % à 11 %.
- Améliorer l'accès à l'eau potable, des populations en milieu rural et mettre en oeuvre un programme d'iodation de l'eau des forages à travers :
 - la création de forages (385) dans les cercles de Kéniéba et Bafoulabé ;
 - la réhabilitation de 500 forages dans les régions de Kayes et Koulikoro ;
 - le recensement des besoins dans les autres régions.

2.2 Réalisations à la mi-parcours :

Conformément à la politique sectorielle, les cercles/communes de la zone du Projet (Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Bamako) sont soumis à des critères d'éligibilité au financement. En fin 1994, vingt (20) cercles sur les 21 prévus étaient élus. Parmi eux, dix (10) avaient commencé la mise en oeuvre de leur plan, le reste ayant été élu à la fin de l'année et souvent avec des réserves.

Près de 18% de la population des cercles couverts se trouvaient à moins de 15 kms d'un centre de santé offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) avec gestion communautaire.

La couverture vaccinale des enfants de moins d'un an a été multipliée de 2 à 6 dans les aires de responsabilité de CSA revitalisés et de CSCOM.

Sur 10 CSCOM documentés, 9 avaient un compte d'exploitation excédentaire ou équilibré.

Le développement de la référence et du système de santé de cercle n'a pas connu la même avancée dans tous les cercles élus. Certains (Bla, Commune V) ont eu à définir les relations fonctionnelles qui doivent exister entre les CSCOM et le CSC.

La prévalence contraceptive a été évaluée à 5,8% suite à l'enquête sur le logo effectué en Novembre 1994.

Le Fonds d'Action Sociale et d'Education Familiale mis en place pour la promotion du planning familial dans le cadre de subvention à accorder aux ONG, privés et structures publiques n'a pu être effectivement opérationnalisé.

La Composante Hydraulique Rurale du projet quant à elle avait atteint 90% de ses objectifs en terme de forages exécution (350/385 prévus). L'évaluation du test d'iodation des points d'eau dans l'arrondissement de Dijidian sans mettre en cause l'efficacité de la méthode utilisée a préconisé le choix d'autres méthodes moins couteuses (sel iodé).

2.3 Recommandations majeures de la revue à mi-parcours :

La revue à mi-parcours du projet est intervenue après deux années de mise en œuvre effective. Cela au-delà du respect du chronogramme initial établi en 1991, avait pour but d'identifier très tôt les difficultés liées à l'opérationnalisation des stratégies retenues d'où une évaluation plutôt centrée sur le processus que sur les résultats.

Les recommandations majeures de la revue ont trait à:

L'organisation d'un espace adéquat pour la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé: des actions comme, l'intensification de la diffusion de la politique, l'adaptation du cadre organique de la Direction Nationale de la Santé Publique, l'organisation de réunions périodiques avec les représentants des ONG et secteur libéral pour s'assurer de leur participation et de leur intégration dans les PDSC. L'adaptation de l'assistance technique en fonction des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre et la mise en place d'un système de maintenance de la logistique

La disponibilité des ressources: face à l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel, les solutions transitoires préconisées concernent le redéploiement d'une partie du personnel des programmes verticaux au niveau des régions, l'adaptation des programmes opérationnels (PO) à la charge de travail du personnel et aux ressources disponibles. Les structures opérationnelles doivent être dotées en personnel conformément aux besoins réels y compris l'augmentation du nombre de médecin à trois par cercle.

L'extension de la couverture et le développement du système de santé: la progression doit se faire très prudemment, de manière à réaliser des CSCOM viables de façon durable. Il s'agira aussi de retenir le même plateau technique pour les CSCOM urbains et ruraux dans la mesure où les besoins de santé primaires sont les mêmes et de renforcer les structures de référence en même temps que la mise en place des structures de base.

Le financement et la viabilité : la prise en charge de l'amortissement des équipements devra être envisagée par l'Etat. Au niveau des centres la gestion des recettes médicaments et tarification doit être séparée. D'autres mécanismes de paiement comme le prépaiement complet ou partiel doivent être promus.

Les médicaments (ME) : la disponibilité du médicament essentiel, l'organisation du secteur entre autres l'évaluation du contrat-plan, la mise en place de l'unité de gestion de ME mais aussi le soutien au GIE-SPT en tant que partenaire dans la mise en œuvre de la politique de santé.

Le système d'information, la formation et la recherche-action : en plus de la réévaluation de la pertinence de l'ancrage du SIS à la division épidémiologie et du GIF à la cellule de coordination du projet, l'accent a été mis sur l'importance de la définition du rôle des différents sous systèmes du système national d'information, l'opérationnalisation du SIS et le développement d'un plan global pour le renforcement de la recherche-action.

L'approche communautaire : la nécessité d'utiliser la carte sanitaire comme outil de base des négociations a été réaffirmée. Il s'agit également d'envisager la participation communautaire comme un objectif plutôt qu'un moyen, de respecter rigoureusement toutes les étapes de la phase préparatoire pour la réalisation des CSCOM mais aussi d'utiliser les ASACO actives dans la mobilisation communautaire des autres aires.

3/ SATISFACTION DES CONDITIONS D'ELIGIBILITE

La satisfaction des conditions d'éligibilité entre autres l'existence d'un plan quinquennal de développement sanitaire (PDS), l'opérationnalité d'un CSCOM test, a été rendu possible grâce au financement de l'UNICEF à travers le programme MALI/UNICEF 93 - 97.

Vingt trois (23) cercles sur les trente cinq (35) que comptent la zone du projet contre 21 initialement attendus et pour lesquels les financements ont été mobilisés (annexe n°1). Lors des deux (2) précédentes revues, les partenaires ont affirmé la nécessité d'étendre le projet aux 35 cercles et à ceux de la région de Sikasso. Cet accord de principe doit être assorti d'un engagement financier sur base d'une réorganisation/réorientation des fonds déjà disponibles.

Tableau n° 1 : Satisfaction des conditions d'éligibilité

Nombre de	Années	1993 à 1994	1995	Total
PDSC élaborés	20	7	27	
Cercles élus	20	3	23	
Cercles mettant en oeuvre leur PDSC	10	10	20	

L'exercice de planification a été laborieux allant parfois de 1 à 3 ans. Certains cercles bénéficiant d'appuis importants de coopérations bilatérales (GTZ, SNV) n'ont cependant pas encore bouclé cette étape primordiale.

Le contenu des PDSC a fortement évolué dans certaines régions qui ont tiré les leçons des premiers exercices. Les critères d'élaboration des cartes sanitaires se sont affinés ainsi que ceux prédictifs de la viabilité des aires. Des propositions concrètes de redistribution du personnel des CSA sont faites afin de réduire les écarts en terme d'équité (exemple PDSC Banamba, Kotokani).

Cependant, les PDSC existants ne font pas ressortir l'ensemble des ressources mobilisables ou mobilisées pour le secteur. Le plan vu comme un outil de gestion intégrant l'ensemble des actions à entreprendre dans une période déterminée et les ressources nécessaires à leurs réalisations doit constituer le cadre de référence de tous les intervenants.

Les raisons évoquées pour justifier ce défaut de consolidation des ressources mobilisables tiennent à la difficulté de disposer des informations utiles auprès de certains partenaires ou pour d'autres, au fait que l'obtention de fonds est aléatoire.

Aujourd'hui le recul est devenu suffisant pour capitaliser les expériences. Le canevas de PO doit être standardisé avec tous les éléments et financements.

Une des conditions non la moindre était l'engagement de l'Etat à rendre disponible au moins deux médecins par cercle. Le renforcement de la référence quant à elle requiert la présence d'infirmiers spécialisés en radiologie, en anesthésie, en dentisterie etc

Parmi les cercles élus, trois ne disposent pas du minimum de deux médecins et le personnel infirmier spécialisé est quasi absent (annexe n°2).

Tableau n° 2 : Répartition des Cercles en fonction du nombre de médecins

Régions	Nombre Cercles élus	Nb de Cercles ayant un(1) médecin	Nb de Cercles ayant deux(2) médecins	Nb de Cercles ayant trois(3) médecins	Total des médecins dans les cercles élus
Kayes	4	2	2	0	8
Koulikoro	3	0	3	0	6
Bamako	6	0	2	4	12
Ségou	5	1	4	0	10
Mopti	5	1	4	0	9
Total	23	4	15	4	46

A cet état de fait, s'ajoute la charge de travail liée à l'extension de couverture en terme de supervision des structures périphériques, de la formation du personnel, d'organisation et de gestion d'un système de santé de cercle mais aussi des prestations de services de référence. Toutes choses justifiant le passage du nombre de médecins par cercle de deux (2) à au moins trois (3).

4/ ETAT D'EXECUTION

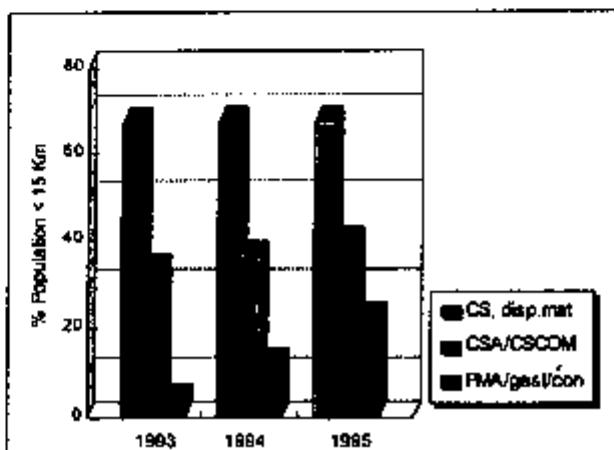
4.1 Composante Santé :

4.1.1 Extension de la couverture et performances réalisées :

L'Evolution de la couverture sanitaire

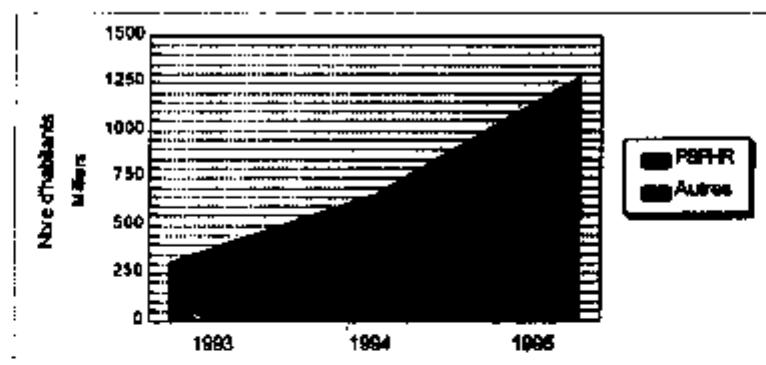
Dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé, des avancées notables ont été obtenues. 131 aires de santé (CSCOM/CSAR) sont opérationnelles sur l'ensemble des régions concernées par le volet santé du Projet et Sikasso. A travers elles, 22% de la population accèdent à des structures de santé de proximité (à moins de 15km), offrant le PMA avec gestion communautaire.

Graphique n° 1 : Accessibilité au PMA avec gestion communautaire



La population couverte par l'ensemble des aires (CSCOM/CSAR) dans les cercles du projet est estimée à 1.283.891 habitants

Graphique n° 2 : Population des aires avec CSCOM/CSAR dans les cercles élus selon la source d'intervention (PSPHR et autres intervenants)



L'Approche Communautaire :

Elle constitue l'étape cruciale dans la création d'un CSCOM et la revitalisation d'un CSA. Sa réussite est un gage d'appropriation du CSCOM. L'aboutissement de l'approche est fonction du niveau de préparation des communautés. Elle nécessite le délai pour le processus de négociation avec les communautés. Ce délai est fonction du niveau de préparation et de réceptivité des populations.

Pour certaines aires, elle peut atteindre dix (10) mois, pour d'autres peu de temps pour l'ESC car les démarches préliminaires sont entamées par les populations elles-mêmes qui sollicitent plus tard l'appui du personnel de santé.

Dans tous les cas, elle conditionne les autres étapes de mise en place du CSCOM (l'élaboration du projet CSCOM, la mise en place des intrants, le recrutement/formation du personnel etc....). En conséquence, elle devient source de retard pour les autres étapes mais on doit garder à l'esprit qu'elle ne doit pas être bâtie au profit d'une course à la création de CSCOM. Il nous revient de tirer les leçons des approches programmatiques en cours. Ainsi, dès lors que l'approche communautaire dans une aire n'a pas été faite au préalable, on ne peut raisonnablement pas espérer la réalisation des autres étapes y compris la construction et l'opérationnalisation du CSCOM.

L'approche communautaire a pu être menée à terme pour plus de 80% des aires programmées cette année.

Le projet avait prévu d'apporter son appui à 95 entités (soit 60 CSCOM et 35 CSA). Toutes ces entités ne nécessitaient pas les mêmes types d'appui. Pour un certain nombre de centres, certaines étapes avaient déjà été réalisées en 1994 ou, bien avant. Sur les 60 CSCOM, 19 étaient déjà fonctionnels début 1995. Ils requéraient une ou plusieurs étapes: souvent des travaux de génie civil, formation et/ou un complément en équipement.

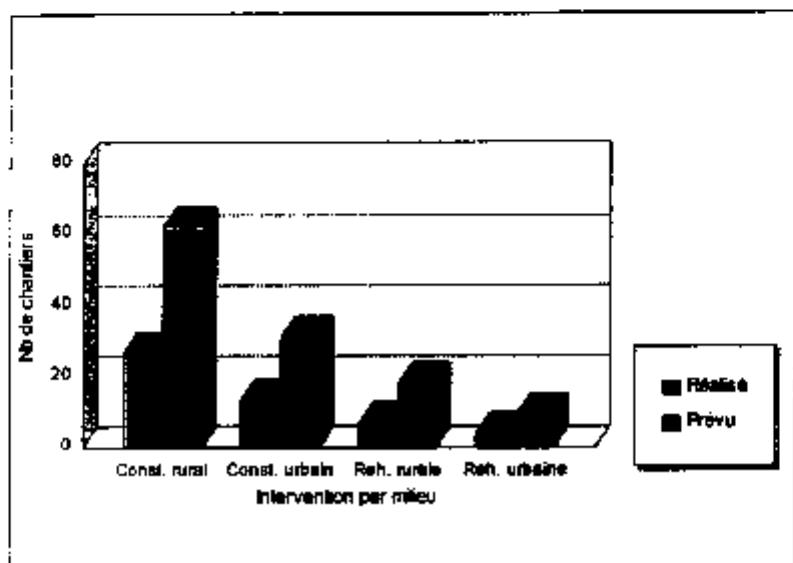
Tableau n° 3 : Différenciation des centres en fonction de l'étape de réalisation

ETAPES	CSCOM	CSA
Centres concernés par toutes les étapes	26	25
Centres concernés par toutes les étapes sauf l'approche communautaire	24	0
Centres concernés par la formation, ainsi que la dotation de médicaments et de l'équipement	1	0
Centres concernés par les travaux de Génie Civil, ainsi que la fourniture de médicaments et de l'équipements	5	0
Centres concernés par les travaux de Génie Civil seulement	4	10
Total des Centres avec une ou plusieurs intervention(s)	60	35

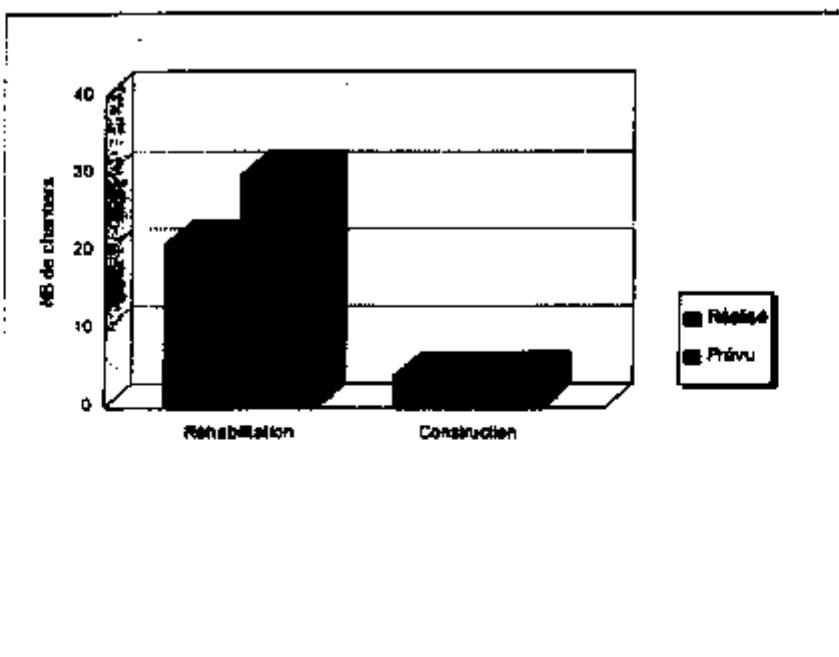
Le Génie Civil :

Les travaux de génie civil de certaines aires ont démarré au cours du dernier trimestre (conformément à la programmation initiale). Pour d'autres, confrontées à des difficultés de mobilisation de la contrepartie, une action d'urgence a été mise en route à travers la signature d'une convention de délégation de maîtrise d'ouvrage entre le Ministère de la Santé et l'AGETIPE pour la réalisation des travaux de génie civil de 31 CSCOM et 28 CSA . Ces travaux seront entièrement préfinancés par le projet; les populations quant à elles s'engagent à rembourser leurs contributions endéans six mois après le démarrage des interventions.

Graphique n° 3 : Etat d'exécution des travaux de génie civil CSCOM



Graphique n° 4 : Etat d'exécution des travaux de génie civil CSAR



Cette option bien que transitoire met en danger un des fondements de la politique sectorielle de santé en l'occurrence la responsabilisation des communautés. Il n'est pas non plus évident que toutes les ASACO s'acquittent de leur contrepartie, hypothéquant ainsi la disponibilité de financement pour d'autres associations.

L'unanimité sur la nécessité de décentraliser l'exécution de ce volet, la difficulté pour la CEPRIS d'assurer un suivi rapproché de l'ensemble des chantiers eu égard à l'insuffisance de son personnel, la non disponibilité des ingénieurs de génie sanitaire des DRS, nous imposent un choix de stratégie plus adéquat. L'utilisation de bureaux d'études conseils en appui aux DRS peut aider, conformément au principe de la décentralisation, à assurer une meilleure exécution de ce volet.

Il est cependant utile de rappeler que les retards dans l'exécution du volet génie civil, n'ont pas empêché le développement des activités dans les locaux baillés (district de Bamako), d'emprunt (en milieu rural) et dans les aires de santé sous la responsabilité de CSA revitalisés.

L'annexe n°4 présente le détail de la situation par région. Les écarts observés entre région, entre cercles de la même région sont inhérents à un certain nombre de facteurs:

- année d'élection du cercle au financement du Projet
 - situation de départ (cas du District de Bamako, cercle de Niono)
 - le rythme imprimé à l'extension de la couverture à travers la création de CSCOM/CSAR (Bla, Ségou)
 - l'option d'accélérer la revitalisation de CSA (Djenné, Ténenkou)
- Performances réalisées**

Des fiches de suivi de l'état d'avancement ont été élaborés et analysé lors de la réunion du comité technique (cf exemplaire en annexe). Elles permettent de suivre une trentaine d'indicateurs.

* **Consultation curative :**

Les couvertures varient de 13% (cercle de Mopti) à 40% (Djenné). Elles restent encore très faibles, en déca des attentes (1 contact/personne et par an). Différents cas de figures sont possibles :

- la diminution de l'accessibilité des villages situés à plus de 5 km du centre;
- la qualité du personnel. Ce qui a fait dire aux évaluateurs (évaluation à mi-parcours du projet) que l'élément important de la pérénité reste la qualité du personnel et la disponibilité des médicaments.

* **Couverture prénatale :**

Elle peut atteindre 93% en milieu urbain et varie entre 56% et 70% en milieu rural. Mais la prise en charge correcte des grossesses à risques reste non maîtrisée malgré l'introduction de fiches opérationnelles.

* **Couverture vaccinale :**

En dehors du cercle de Mopti où le DTCP3 et la rougeole sont respectivement de 54% et 47%, les couvertures vaccinales sont nettement améliorées dans les aires des CSCOM. Elles oscillent entre 63% et 80% dans les cercles de Djenné et Bla qui réalisent les meilleures situations d'extension de la couverture (respectivement 9 sur 13 et 9 sur 14 aires programmées soit plus de 60% de réalisations des objectifs du plan).

Dans les autres cercles où le niveau d'extension de la couverture est faible (1 à 3 aires opérationnelles) la situation est moins satisfaisante (exemple de Nioro, élus depuis 1993 avec 3 aires fonctionnelles) mais elles sont généralement bonne dans les aires de santé fonctionnelles (CSCOM, CSAR).

Dans le District de Bamako, la situation est difficilement appréciable eu égard à la sous évaluation de la population cible entraînant des couvertures au delà de 100%, alors qu'une évolution de la couverture réalisée de certains quartiers en 1995 révèlent des chiffres autour de 50% de DTCP3.

* **Prévalence contraceptive :**

Certains cercles obtiennent des prévalences plus élevées que la moyenne nationale (7 à 8% contre 5,6%). Pour d'autres, la prévalence reste encore très basse, en dépit des efforts faits en matière d'approvisionnement en contraceptif et de formation du personnel.

Si la non intégration des actions au titre des composantes Santé et Population du projet peut en être la cause, il n'en demeure pas moins que la non maîtrise de l'action des autres intervenants (par exemple l'action des ONG et autres associations) est aussi à prendre en compte.

Aussi, le personnel des CSCOM/CSAR n'a pas encore bénéficié de formation conséquente en matière de planning familial.

Le matériel et les supports IEC leur font actuellement défaut. La séparation de la gestion des activités de PF de celles des autres activités des CSCOM/CSAR a probablement en un effet négatif : il s'agit de l'existence des deux circuits d'approvisionnement en médicaments et contraceptifs et même des supports de gestion.

Accessibilité et viabilité financière

En dépit de la dévaluation, le coût moyen de l'ordonnance a été maintenu dans une fourchette de 400F.CFA à 1200F.CFA dès lors que le médicament essentiel est disponible.

Des résultats de supervisions menées par le niveau central, il ressort que le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de 2. Là où les formations initiales ont été faites la prescription a pu être rationalisée.

Les comptes d'exploitation de l'ensemble des CSA sont excédentaires. En fait il sont déjà subventionnés par l'Etat à travers la prise en charge du salaire du personnel. Ce personnel est même pléthorique dans certains CSA (6 à 10 agents).

Si on fait abstraction des aires de CSA, 30% des aires jusque là repertoriées sur base des cartes d'extension de couverture théorique, sont considérées non viables.

L'Etat dans le cadre de la convention d'assistance mutuelle avec les ASACO apporte le même type d'appui à toutes les aires en terme d'investissement pour l'infrastructure, l'équipement, la dotation initiale de médicaments, les formations/supervision ainsi que le renforcement du plateau de référence. Cependant certaines aires sans être les plus nécessiteuses bénéficient en plus d'autres appuis de l'Etat (salaire du personnel des CSA) ou du CLD (matrone, infirmier de CSCOM). Il est souhaitable que des mécanismes de solidarité locales se mettent en place pour assurer un partage équitable des ressources dans chaque cercle en tenant compte de critères de répartition à fixer localement. Le redéploiement de ce personnel constitue déjà une première réponse en la matière. Certains cercles ont initié des actions dans ce sens (Djenné).

Les CSCOM qui couvrent au moins 5.000 habitants dans un rayon de 5 km ont une situation meilleure à ceux sujets à une trop grande dispersion de la population dans l'aire. L'affinement des critères de viabilité permettra d'approcher les aires théoriquement non viables avec beaucoup plus d'assurance et de lucidité.

Participation et responsabilisation des communautés

Il s'agit d'un processus long et continu qui va de la négociation des aires à la création du CSCOM mais aussi à l'accompagnement tout au long de la mise en œuvre jusqu'à l'obtention de l'appropriation des différents outils et mécanismes de gestion.

Plusieurs évaluations ont été faites afin d'apprécier le niveau de participation des communautés entre autres celle entreprise par la DNAS. Elles ont attiré l'attention des acteurs sur un certain nombre d'aspects dont :

- l'importance du respect des différentes étapes de l'approche, des délais de compréhension nécessaires aux communautés et la qualité de la négociation;
- la nécessité d'intégrer dès la phase d'approche communautaire la notion de contribution des communautés aux travaux de génie civil, les échanges de vue sur les modalités de mobilisation et la nature de cette contribution;
- le suivi/consolidation des acquis;
- la mise en place d'un système de monitorage social;
- le développement d'outils d'échange entre les techniciens de la santé et la population en permettant à cette dernière de mieux asseoir son autorité ;
- l'ASACO doit jouer un grand rôle dans la promotion de la santé et améliorer la concentration entre les villages et à l'intérieur de chaque village;
- la nécessité d'impliquer effectivement les femmes dans la gestion des problèmes de santé de l'aire car même là où elles sont membres de l'ASACO leur rôle reste celui d'accueil/réception d'éventuels visiteurs. On peut par exemple imaginer la création de cadre de concertation entre les ASACO et les organisations féminines présentes.

4.1.2. Renforcement de la référence :

Le programme de périnatalité développé par la Division Santé Familiale et Communautaire a été retenu comme porte d'entrée pour l'organisation du système de référence du cercle. L'amélioration de la communication entre les structures périphériques et les CSC à travers la radio communication en milieu rural, le renforcement du plateau technique et la logistique se feront en complémentarité avec ce programme.

Les cercles de Djenné et de Bla ont déjà opérationnalisé un schéma de communication avec les structures périphériques. Le processus de partage des coûts, bien qu'à ses débuts est très intéressant. Les options prises sont fonctions des décisions des bénéficiaires : à Djenné ils ont opté pour un système de préfinancement des évacuations par les ASACO tandis qu'à Bla il s'agit d'un préfinancement partiel de l'évacuation avec un forfait pour les interventions chirurgicales.

Tous les CS de commune ont réalisé leur atelier sur l'organisation de la référence. Les ateliers ont vu la participation de conseils de gestion (tous les CSC du District tiennent régulièrement leur réunion du conseil de gestion), les bénéficiaires (ASACO) et du personnel technique. Ces échanges ont également porté sur le partage des coûts entre les deux niveaux (CSC et CSCOM).

Le choix du type de structure de référence à mettre en place pour certaines communes du district de Bamako (communes 2 et 3) a été fait en tenant compte de la proximité de l'hôpital Gabriel Touré. Ainsi les centres de santé des communes 1 et 2 n'auront que des prestations

de type ambulatoire. Les modalités d'application de ce choix restent encore floues; elles méritent d'être clarifiées.

La recommandation issue de la revue afférente au développement concomitant des deux niveaux du système de santé de cercle n'a pu être effectif eu égard à la longueur des procédures d'acquisition de biens et services.

Le décalage observé aujourd'hui, sans être souhaité, a eu un effet positif dans la mesure où l'organisation du premier échelon, en précédent celle de la référence permet une meilleure connaissance des vraies interrelations qui doivent exister entre les deux niveaux et les responsabilités de chacun. Cependant, la persistance de ce retard ne permet pas au système de santé d'offrir des services de référence de qualité et relance la velleité des ASACO à éléver le plateau technique de leur CSCOM. En outre, elle fragilise les acquis des premières réalisations du réseau de premier échelon. Il est plus qu'urgent de trouver une solution à la question au risque de mettre en péril le système de santé à deux niveaux.

La formation du personnel technique des onze (11) CSC et leur équipement ont été conditionnés par le partenaire financier à l'exécution de travaux de génie civil qui ne seront achevés qu'en mars 1998 soit quelques mois après la clôture du Projet.

Suite à l'approbation de la requête que le département de la santé a adressé à l'IDA, le projet a pu apporté son appui pour les travaux de génie civil et l'équipement de cinq (5) centres de santé de cercle/commune. Ils seront fin prêts en 1996.

Pour les autres cercles élus, des actions sont en cours pour la recherche de financement complémentaire.

Dans tous les cas, la question de la disponibilité des ressources humaines doit être résolue. Des mécanismes précis doivent être mis en place pour s'assurer de la disponibilité du personnel clé pour le renforcement de la référence. Les mesures préconisées lors de la revue à mi-parcours du PSPHR et réitérées à celle de l'UNICEF (Novembre 1995) restent d'actualité. Il s'agit de:

- Doter les structures sanitaires opérationnelles en personnel suffisant par un recrutement conforme aux besoins réels et prévoir un troisième médecin par cercle,
- Redéployer une partie du personnel des programmes verticaux pour les mettre à la disposition des régions.

En plus des efforts déployés par le MSSPA et qui concernent les mouvements de personnel (affectations), la maîtrise des effectifs et des ratios, la formation , le perfectionnement, le plan de carrière et de revalorisation des fonctions socio-sanitaires (en cours d'élaboration), il a été déterminé le nombre de nouveaux agents à recruter dans la fonction publique pour combler le déficit en personnel qualifié.

- Aussi 159 agents dont 40 médecins, 35 infirmiers d'Etat, 23 sage-femmes, 9 techniciens sanitaires, 1 pédiatre, 1 anesthésiste et 1 gynécologue intégreront la fonction publique en 1996. Ils s'ajouteront à ceux de 1995, au nombre de cinq.

4.1.3 Activités de soutien :

Approvisionnement en médicaments essentiels (ME)

Dans ce cadre un schéma directeur d'approvisionnement en ME a été conçu et mis en œuvre en 1995 suite à la dévaluation. À travers les différents appuis financiers (IDA, PPM, ACDI, FED) un stock de 4,5 milliards de F CFA a été acquis. Les magasins régionaux de la PPM, les dépôts de cercles, le secteur privé ont pu être doté sur base de ce stock.

L'ensemble des cercles élus au projet dispose d'un stock initial de médicaments essentiels pour le dépôt de vente de CSC et le dépôt répartiteur de cercle sauf le cercle de Ségou (Annexe n°3) qui jusque là n'a pas rempli l'ensemble des critères stipulés dans le schéma directeur d'approvisionnement en ME. Ces critères sont :

- la séparation des caisses de tarification et du médicament ;
- la sélection préalable du personnel (gérants) pour le dépôt de vente ;
- la formation du personnel sélectionné par la région en matière de la gestion des ME et sur la délivrance des médicaments ;
- le système comptable (tenu par un gestionnaire) devra répondre aux règles définies par le MSSPA ;
- ne pas disposer déjà d'un capital supérieur ou égal à 8.000.000 F CFA (Huit millions de francs CFA.) destinés à l'achat de ME pour le niveau CSC
- assurer la représentativité de la population dans la gestion de ces structures.

La gamme des produits disponibles au niveau des magasins régionaux, couvre près de 90% des besoins des prescripteurs. Des dispositions ont été prises afin que les besoins puissent être entièrement satisfaits pendant l'année 1996.

Il est à noter que le problème de détermination des besoins reste entier. Les dotations actuelles sont faites en fonction des résultats de l'étude menée par l'INRSP¹ sur base de vecteur de consommation, donc des dotations standards quelque soit la population couverte. Les prochaines dotations doivent nécessairement se faire sur la base de situations réelles de chaque centre afin d'éviter les problèmes de thésaurisation, de péremption, de mauvaise gestion pour les uns et d'insuffisance de fonds de roulement pour les autres.

¹ Etude d'une stratégie d'approvisionnement des cercles en médicaments essentiels en DCI, INRSP Novembre 1993.

Le personnel gérant de dépôt, les prescripteurs ont été formés et sensibilisés. Le suivi rapproché doit être maintenu jusqu'à l'opérationnalisation des conseils de gestion et à la maîtrise du système de gestion des médicaments par les gérants.

Reforme du SIS :

L'année 1995 bien que considérée comme l'année de généralisation du système à toutes les régions du pays a été une année test. Deux raisons ont présidé à ce choix :

- le souci d'éviter la coexistence des deux systèmes (nouveau et ancien)
- la nécessité de permettre à l'ensemble des régions de se familiariser avec les supports afin de se prononcer valablement sur leur validité.

Le système a fait l'objet d'une évaluation externe en juin 1995. Les principales propositions et recommandations peuvent se résumer comme suit:

- a) Amplifier l'introduction des cahiers de références/contre-références;
- b) Prévoir une évaluation formelle du SLIS en fin 1996 centrée sur le coût, l'efficacité de gestion, l'amélioration de la qualité des soins, les outils de dialogue avec la population, d'intégration des programmes et de coordination entre échelons;
- c) développer au niveau des régions et cercles à l'instar des CSCOM/CSAR des tableaux de bord pour le monitoring des activités et l'identification des problèmes.
- d) consolider la carte sanitaire et le sous système de production de soins en assurant leur compatibilité informatique. Les autres sous-systèmes (ressources humaines, soins hospitaliers) doivent être conçus sur base du même principe de compatibilité;
- e) veiller à ce que la CPS respecte les délais d'élaboration du plan directeur en rapport avec les autres intervenants pour garder la cohérence d'ensemble et s'assurer qu'ils se l'approprient effectivement.

Le logiciel de suivi de la mise en oeuvre de la politique sectorielle (DESAM) conjointement développé par DNSP - PSPHR - UNICEF a été testé dans les régions et services centraux. Il permet l'édition du rapport et le calcul d'indicateurs par région/cercle et l'ensemble du pays. La seule difficulté reste le taux de réception des données (rapports SIS) qui est faible. De ce fait, il est difficile de disposer de la situation de l'ensemble des indicateurs de suivi.

Les journées de concertation de novembre 1995 ont permis de recenser l'ensemble des préoccupations des utilisateurs et de procéder à la correction des supports qui seront multipliés et mis à leur disposition dès le début de l'année 1996. Les Directeurs Régionaux ont été entièrement responsabilisés pour le suivi de la mise en oeuvre de cette réforme.

L'atelier sur le schéma directeur du système national d'information, tenu en septembre 1995 a été déterminant pour la fixation des différents sous systèmes et des modalités de coordination d'ensemble.

Supervision :

Deux missions de supervision/évaluation intégrées (DNSP, PSPHR, UNICEF) ont été effectuées dans chacune des régions. Elles complètent les supervisions trimestrielles menées par les DRS et celles permanentes des équipes de santé de cercle.

Dans ce processus de réforme du système sanitaire, la supervision reste le garant de la qualité et de la consolidation des acquis. De ce fait elle doit faire l'objet de tous les égards et financé sur budget national afin qu'elle ne soit liée au de desiderata de tel ou tel partenaire financier.

Les outils développés pour les missions centrales ont été jugés appropriés pour les niveaux régional et cercle moyennant quelques modifications.

De réelles opportunités existent. Chaque cercle a la possibilité d'organiser des sessions de recyclage de son personnel en fonction des lacunes decelées lors des supervisions. Un schéma de formation continue a été prévu pour les centres de santé de premier niveau.

Une réflexion globale doit être menée afin que la notion de supervision intégrée devienne effectivement une réalité.

Formation :

Formation continue :

L'organisation de la formation continue a été perçue dans une logique de décentralisation dès le séminaire de lancement du projet en Octobre 1992. Cependant jusque là, nous pouvons considérer qu'en dehors des formations initiales du personnel des CSCOM/CSAR (réellement programmées par les équipes régionales et locales), le terrain subit les autres formations en ce sens qu'elles sont programmées par les services centraux. Même dans les cas où les équipes locales ont été responsabilisées, il s'agissait de formations en cascade.

Il n'a pas encore été possible de faire élaborer par le niveau réellement concerné des programmes locaux/régionaux de formation. Or si cela avait été possible, les sursollicitations, l'absentéisme constatés pour raison de formation, auraient considérablement diminués et les formations répondraient aux besoins réels du personnel prestataires. Ainsi ils ne solliciteraient du niveau central qu'un appui technique en l'absence de compétences locales et régionales.

Ainsi, il a été retenu d'élaborer, dès le premier trimestre 1996, une stratégie de formation continue du personnel afin d'aider les régions et les cercles dans la gestion des activités de formation.

Une analyse des besoins de formation des équipes de santé de cercle sera réalisé en 1996 avec l'appui de l'ENMP. Il importe dès maintenant de réfléchir aux modalités d'organisation des formations qui seront retenues en vue de faire des propositions réalistes et adaptées à notre contexte.

Formation initiale :

La révision du cursus de l'Ecole Secondaire de la Santé a fait l'objet d'une convention tripartite MSSPA-UNICEF et la Coopération Canadienne et est encore à sa phase préparatoire. Elle devait permettre d'adapter le cursus de formation de cette école aux besoins de la politique sectorielle de santé et de population. Actuellement trop de ressources sont investies dans la formation continue. L'exemple des formations en matière de planning familial est très évocateur. Elles ne figurent dans aucun des curricula de formation en santé.

Les difficultés rencontrées dans le recrutement du personnel infirmier pour les CSCOM ruraux rappellent la nécessité de mieux réfléchir aux problèmes inhérents aux nouvelles relations personnel de santé et ASACO mais aussi la décentralisation de la formation du personnel sanitaire, pour mieux les rapprocher des zones potentielles d'emploi.

Gestion de la logistique :

Les actions préalables entreprises pendant cette année (réhabilitation des groupes SEPAU et leurs équipements) nous permettent d'envisager avec plus d'assurance l'organisation et la décentralisation de la gestion logistique. Les responsabilités en la matière ont été regroupées par niveau ainsi que les coûts unitaires y afférents. Il s'agit là d'une mesure transitoire afin de sécuriser les investissements faits par le projet. A terme du système de gestion cohérent de la logistique du département devra être élaboré le projet renforcement institutionnel basé à la DNSP.

4.2 Composante Population

4.2.1 Mise en oeuvre de la politique de population :

Les activités ont été assez timides jusque là. Le premier programme prioritaire d'investissement en matière de population a été finalisé lors d'un atelier tenu en janvier 1995. Cependant la table ronde sectorielle des bailleurs de fonds sur la population et le développement prévue depuis deux ans n'a pu se tenir.

Tous les appuis que le Projet devait apporter à l'unité de coordination des activités de population ont été réalisés. Le reliquat de matériel logistique et d'équipement de bureau a déjà fait l'objet d'un marché qui arrivera à terme en mars 1996.

Des actions plus soutenues doivent être menées pour une plus grande sensibilisation et une meilleure information de toutes les couches sociales (décideurs, société civile, leaders d'opinion).

Des outils pédagogiques doivent être développés dans cette perspective à l'image du modèle RAPID, à l'attention de la population générale.

4.2.2 Promotion de planning familial

Deux types de stratégies ont été retenues

- l'Information Education Communication (IEC)
 - le renforcement des prestations de services de PF
- a) **L'IEC :**

La promotion du logo PF a constitué l'élément central de la campagne d'information de masse. Les sketches, chansons ont été développés et diffusés à travers les stations de radio libre, l'ORTM. Les structures de santé de première référence et de premier niveau de contact ont été dotés des supports/panneaux du logo afin que les clients puissent mieux identifier les structures prestataires de services de PF.

Des supports ont été développés à l'intention des leaders religieux dans les langues vernaculaires.

Des modules de formation des formateurs en IEC ont été élaborés et diffusés et la formation du personnel est en cours.

Les résultats de l'enquête menée avant le lancement du logo sont assez critiques sur les canaux de communication jusque là utilisés. Il ressort de cette enquête que les différences de niveau d'information observées entre les hommes et les femmes sont très grandes mais aussi entre le milieu rural et le milieu urbain. La population féminine dans tous les cas est désavantagée. Il est fort probable que "la surcharge des travaux domestiques/économiques laisse peu de temps libre aux femmes et particulièrement celles du milieu rural pour écouter les messages diffusés". Cela constitue un sérieux handicap pour les programmes d'IEC qui doivent être revus en conséquence de manière à cibler des canaux plus porteurs.

Le comité technique IEC/PF mis en place n'a pas été pleinement opérationnel. Une des missions essentielles qui lui sont confiées en l'occurrence l'analyse des supports et matériels IEC existants en vue de leur adaptation aux réalités actuelles du Mali tarde à se concrétiser.

Toutefois, on observe un début d'harmonisation d'un certain nombre de supports utilisés par l'AMPPF, le Groupe Pivot Survie de l'Enfant, les ONG financées par le FASEF.

L'Association Malienne de Promotion et de Protection de la Famille (AMPPF) a bénéficié depuis le début du Projet d'un appui institutionnel en terme de renforcement de ses antennes régionales de Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mopti, Ségou et de son siège. Une nouvelle antenne a été créée pour assurer une meilleure couverture du District de Bamako.

Pour les besoins de sensibilisation, chaque antenne a été doté en moyen logistique, matériel et de personnel d'appui (animatrices, chauffeurs).

C'est aussi à travers les actions de l'association que le Projet devrait impliquer le secteur privé dans la prestation de service de planning familial.

Les efforts à déployer de part et d'autre doivent être envisagés dans le cadre de contrats programmes qui mettent en avant les résultats qu'on est en droit d'attendre fasse aux ressources mobilisées.

b) Extensions des services et amélioration de la qualité des prestations de planning familial

Plusieurs actions ont été menées au titre des différents sous contrats liant l'administration à des agences/ONG américaines :

- l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC)
- le Family Health International (FHI)
- le Programme de gestion des Contraceptifs (FPLM) :
- JHPIEGO
- INTRAH
- le marketing social (SOMARC)
- Population Council

La diversité et le nombre d'intervenants au delà de l'expertise qu'ils apportent a donné l'impression d'une multitude de projets (autant de projets que d'intervenants) entraînant du coup des problèmes d'intégration et de coordination. Il y a deux ans il a été retenu d'organiser une réunion tripartite (MSSPA -USAID - sous contractants) de coordination par an . Lors de la dernière rencontre elle a été rendue semestrielle.

Dans le cadre de la diversification des méthodes de planning familial, l'utilisation du norplant a connu des progrès très sensibles. Les cinq cliniques qui offrent actuellement la méthode (centre de santé commune V, maternité d'Harndallaye, hôpital Gabriel Touré, Point G, clinique AMPPF) ont effectué 580 insertions en 1994 et 1099 en 1995.

Cependant le coût de la méthode rend l'extension aléatoire car aujourd'hui tous les consommables médicaux y afférents sont fournis par le Projet en plus de l'équipement de base. Une action de recherche opérationnelle sur le prix des contraceptifs est en cours dans les régions de Kayes, Ségou, Mopti et le District de Bamako.

Pour l'amélioration de la qualité des services, des formations en CCV/Norplant, en counceling, en PF clinique, prévention de l'infection et en gestion des contraceptifs ont été effectués aussi bien à Bamako que dans certaines régions du pays.

Aussi des documents de politique normes et procédures de santé de la reproduction/PF ont été élaborés. Les centres ont été ravitaillés en matériel, supports, équipements et contraceptifs.

* **La Distribution à Base Communautaire (DBC)**

Il s'agit de rendre les services de PF accessibles et disponibles à travers l'ouverture de postes de DBC au niveau des villages des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Les activités ont démarré en 1995 par les régions de Sikasso et Koulikoro. Chacune des régions a été dotée de deux médecins coordinateurs. 575 villages ont été retenus (soit 264 à Koulikoro et 311 à Sikasso).

90 superviseurs et 1166 agents DBC (couple homme/femme par village) ont été formés et dotés de trousse d'animateurs et de contraceptifs.

Pour mieux asseoir la pérennité et dans le respect de l'esprit de la politique sectorielle de santé et de population ,il faut privilégier l'intégration et ainsi apporter un plus grand appui à la consolidation du PMA car les prestations de service de PF en constitue un élément au même titre que les autres activités (vaccinations communication interpersonnelle, accouchement, etc...). Dès lors que le CSCOM est opérationnel (6 mois de fonctionnement), il est fort envisageable de procéder à des actions intensives de DBC.

La DBC doit être considérée comme une stratégie de promotion du planning familial et non comme un projet ou un programme à part. En tant que telle, toutes les équipes de santé doivent pouvoir l'utiliser. L'équipe de Population Council devrait apporter son expertise à la DSFC pour lui permettre d'assurer le suivi et la coordination de l'exécution en même temps que les autres actions en cours.

* **Le marketing Social**

La phase III du Projet SOMARC a démarré en mars 1995. Cette phase du marketing social aux médicaments essentiels . Il dispose de quatre principaux réseaux de distribution de contraceptifs : la PPM, la DBC, les ONG, la filière commerciale (boutiques, hôtels, restaurants etc...)

Durant l'année, 3.052.230 unités de condoms ont été distribuées (soit 20.348 couples années protection) ainsi que 406.887 cycles de Pilplan (soit 27.126 couples années protection).

Par rapport à 1994 on observe une progression de 61,3 % et 60,14 % respectivement pour le condom et la pilule.

Un atelier de formation des formateurs (22 agents) a été organisé en vue de la préparation du lancement du depo-provera.

Le marketing social des contraceptifs se bute à une réticence liée à un blocage d'ordre éthique à propos de la publicité nominative. Des échanges sont en cours avec les parties prenantes notamment l'ordre des pharmaciens, afin que la publicité puisse permettre une identification visuelle des produits concernés.

4.2.3 Le FASEE :

Les projets approuvés en 1994 au nombre de huit (8) ont démarré leur mise en œuvre en 1995. Ils ont bénéficié de 1 à 2 visites de suivi de l'administration du FASEE.

Durant l'année le comité directeur a eu à examiner 35 projets, sur lesquels 22 ont été approuvés (soit 62%).

Le tableau ci-après présente la situation des projets soumis par type de promoteurs (ONG, publics, privés) et leur niveau d'approbation.

Face au nombre très bas de projets approuvés jusque là les partenaires financiers du fonds ont décidé de l'élargissement de ses activités de manière à lui permettre d'apporter son appui à la promotion de la santé, aux activités génératrices de revenu, à la nutrition, à la santé maternelle et infantile. Ils ont en plus suggérer que le plafond de 10.000.000 fixé au départ soit revu à la hausse au cas par cas, en fonction du contenu du projet et de son impact potentiel.

D'autres types d'actions sont en cours de développement et qui seront opérationnalisées en 1996. Il s'agit de :

l'utilisation d'ONG-mères qui assureront la coordination, le suivi de l'exécution de petits projets présentés par des ONG de faible envergure.

l'appui aux aires de santé pour le développement des actions capables de soutenir celles en cours.

Tableau n° 4 : Situation des projets soumis au FASEE

Promoteurs	Nbre total de projets reçus	Projets approuvés	Projets rejetés	Non soumis au comité directeur
Associations et ONG	82	19	11	52
Privé	19	3	2	14
Public	5	0	0	5
Total	106 (100%)	22 (21%)	13 (12%)	71 (67%)

Les résultats de l'évaluation de la Composante Population du Projet prévue en Janvier 1996 seront examinés lors de la prochaine revue (Mars 1996). Les modalités d'opérationnalisation des recommandations seront discutées à cette occasion.

4.3 Composante Hydraulique Rurale

La campagne 1994 - 1995 a porté sur les activités d'animation, d'études d'implantation, de réalisation des ouvrages et d'installations des moyens d'exhaure.

4.3.1 Animation

Les activités d'animation ont concerné le Nord du cercle de Bafoulabé (Oussoubidiagna, Dialan, Diakon et Goundara). Elle ont eu comme résultats :

- la récupération de 109 contributions villageoises (135.000 F CFA/village) sur lesquelles 18 ont fait l'objet de remboursement pour raisons de forages négatifs ;
- la mise en place de 106 comités de village non seulement pour les nouveaux forages mais aussi pour les anciens réalisés par l'ODIK. Ces comités ont mis en place des formes de mobilisation de ressources pour l'entretien de la pompe allant de simples cotisations à l'exploitation de champs collectifs en passant par l'organisation de travaux remunérés de jeunes.

En plus de ces activités d'animation préforage à Bafoulabé, le suivi en terme d'animation post forage a continué d'être assuré dans le cercle de Kéniéba . De ces activités de suivi on retrouvera un certain nombre de points forts et faibles.

* Points forts :

- les forages sont bien entretenus
- les pompes sont toutes opérationnelles
- l'état d'hygiène est satisfaisant dans la plupart des cas
- les caisses des comités fonctionnent et prennent en charge l'entretien de la pompe
- les artisans formés pour l'entretien des pompes se comportent de manière satisfaisante.

* Points faibles :

- l'offre de forages reste nettement en dessous des besoins exprimés par les populations, car les ressources financières du projet en la matière sont limitées;
- la participation des populations à travers des apports des ressortissants en France a créé quelques incompréhensions par rapport aux critères d'implantation des forages;

Les refus catégoriques (deux villages de Oussoubidiagna) d'accepter les sites décelés par l'équipe de géophysique;

refus d'un village de Diakon d'accepter un forage parce que tous les besoins exprimés ne peuvent pas être satisfaits.

Depuis le début du Projet, l'animation a permis de récupérer 482 participations pour 407 forages exécutés, de mettre en place 362 comités de gestion des points d'eau et de rembourser 80 participations pour les forages négatifs.

4.3.2 Travaux de forage

La campagne 1994 - 1995 a permis la réalisation de 177 forages dont 92 positifs soit un taux de succès de 51 % qui reste raisonnable si on tient compte des difficultés hydrogéologiques de la zone. Les localités concernées sont repertoriés dans le tableau ci-après:

Tableau n°5 : Répartition des forages exécutés en 1995 selon les sites

SITES	FORAGES POSITIFS	FORAGES NEGATIFS	TOTAL
Arrondissement de Oussobidiana	38	28	66
Arrondissement de Diallan	6	11	17
Arrondissement de Diakon	17	10	27
CSCOM implantés dans les cercles de Nioro et Yélimané	9	4	13

Depuis le début du Projet, il y a eu 689 forages dont 413 positifs (320 à Kéniéba, 84 à Bafoulabé et 9 dans les CSCOM de Nioro et Yélimané).

4.3.3 Installation des margelles et pompes

92 margelles et aménagements des pourtours des points d'eau ont été réalisés pendant la campagne. Ce qui donne 412 margelles et 412 aménagements pour l'ensemble de la durée du projet.

Pendant la campagne, 92 pompes ont été installées, 79 lots de matériel d'entretien distribués, 5 artisans formés et équipés et 6 magasins installés.

Au total, du début du Projet à Juin 1995 les réalisations suivantes ont été faites :

- forage de 689 points d'eau dont 413 positifs soit un succès de 60 %
- aménagement et installation des margelles pour 412 forages positifs
- installation de 411 pompes et réhabilitation de 3 pompes

- formation de 24 artisans dont 23 ont été équipés
- mise en place de 17 magasins de pièces de rechange
- fourniture de 23 motos et 23 boîtes à outils aux artisans
- distribution de 374 lots de matériel d'entretien aux villages
- réalisation d'études des besoins de forage dans les régions de Koulikoro, Ségou et Mopti. Sur la base des résultats de ces études une requête de financement a été adressée à IDA.

En dehors des difficultés de terrain signalées plus haut, cette composante du Projet s'exécute à satisfaction. Les prévisions initiales du Projet sont réalisées. Des avenants aux contrats des entreprises chargées de l'exécution de la composante ont été signés pour la réalisation de 74 forages dans les arrondissements de Mahina, Oualia, Bafoulabé et les CSCOM des régions de Koulikoro et Ségou.

4.4 Renforcement des structures d'appui régionales et centrales :

Niveau régional

Les Directions Régionales de la santé disposent d'une ou plusieurs assistantes techniques. Elles ont aussi bénéficié d'un appui logistique et financier conséquent leur permettant d'assurer les missions d'appui pour rendre les cercles éligibles, de suivi de l'exécution et d'appui technique.

La décentralisation prônée par la politique sectorielle de santé suppose une plus grande responsabilisation du niveau régional. Pour ce faire, les équipes régionales doivent être mieux étoffées et disposer des compétences techniques nécessaires pour assurer l'ensemble des missions qui leur sont aujourd'hui dévolues.

Le niveau régional a mené à bien ses missions d'appui pour l'éligibilité des cercles. Les formations regroupées, les supervisions/évaluation. Le suivi de la mise en œuvre nécessite plus d'autonomie, plus d'autorité pour coordonner l'action d'une multitude de programmes nationaux, d'ONG et autres intervenants dans le secteur. Pour d'autres aspects essentiels de la politique comme la disponibilité des médicaments essentiels, l'organisation du système local d'information sanitaire, le respect de la réglementation en matière de création du CSCOM, la gestion de la formation continue du personnel, il faut une meilleure organisation pour soutenir les efforts en cours.

Niveau central

Les structures centrales ont reçu un mandat d'appui stratégique. Force est de constater qu'en dehors de quelques services, la majorité n'a pas intégré cette nouvelle vision qui voudrait que, le plus possible, l'exécution sort du ressort du niveau local. De ce fait, il doit être entièrement responsabilisé pour la programmation des activités au niveau au lieu de subir les actions programmées par les services centraux. Ce style de gestion a eu pour pour conséquences les sursollicitations décriées par le terrain et le faible niveau d'exécution des interventions programmées par les services centraux.

Les volets approvisionnement en médicaments, contrôle de qualité des médicaments, évaluation des CSCOM ont quant à eux connu des taux d'exécution satisfaisants.

Pour permettre à la DNSP d'assurer effectivement ses missions de coordination des composantes santé et population du Projet, l'équipe d'évaluation (évaluation à mi parcours 1994) a recommandé :

- l'adaptation de son cadre organique ou le regroupement géographique de ses démembrements
- la revue de ses rôles et responsabilités en fonction de la décentralisation
- la réévaluation de l'intervention du Projet au niveau de la DNSP.

Ces recommandations ont été complétées par l'instruction à travers la lettre de mission de la Cellule de Coordination du Projet, pour l'année 1995 qui prévoit l'organisation de réflexions, permettant d'envisager la dévolution des missions du Projet.

Les actions en cours (réflexion sur la réorganisation de la DNSP, projet de transfert d'un certain nombre d'appui technique de la CCP à la DNSP) sont de nature à lever les goulots d'étranglement jusque là identifiés.

4.5 Exécution financière :

Dans le tableau présenté en Annexe n°5, le montant du budget-programme de l'année 1995 est arrêté à 6.479.391 047 FCFA (ce montant n'inclut pas les participations de l'UNICEF et des Communautés).

Au 31/12/1995, 2.616.603.641 FCFA soit 40% du budget programme, ont été alloués aux services pour l'exécution des activités programmées. Pendant la même période, 2.471.304.105 FCFA soit 94,45% des montants alloués ont été dépensés. L'annexe n°5 présente également la situation d'exécution du budget par programme et par bailleur.

Dans la colonne "budget alloué", sont enregistrés, les montants mobilisés pour la réalisation des activités et la colonne "budget exécuté" donne le niveau d'utilisation des fonds alloués ; cette colonne ne prend en compte que les montants dont les justificatifs sont disponibles au niveau de la CCP. Comme indiqué précédemment ces deux colonnes prennent aussi en compte l'exécution des reliquats de budgets des exercices antérieurs.

Les faibles taux de mobilisation que l'on peut constater s'expliquent essentiellement par trois facteurs qui sont :

Les procédures longues de passation de marchés en ce qui concerne les acquisitions de biens et de services.

Le faible niveau d'exécution des activités programmées surtout pour les structures centrales.

Le rythme de justification de fonds mis à la disposition des structures.

Situation des décaissements

Les annexes 6/1 à 6/5 présentent la situation cumulée des décaissements par bailleur depuis le démarrage du projet jusqu'au 31/12/95. Il s'agit des organismes de financement suivants :

- Banque Mondiale : Accord de Crédit IDA 2217/MLI signé le 3 Mai 1991 pour un montant de 19 200 000 DTS et entré en vigueur le 26 Mars 1992. Le taux de décaissement global au 31/12/95 est 50,75 % (annexe 6/1).
- Etats Unis d'Amérique : Accord de subvention N° 688-0248 signé le 27 Août 1991 pour un montant de 15 700 000 Dollars. Ce montant a été porté 40.900.000 Dollars suivant amendement n° 2 du 30 Août 1994. Sur ce montant, 24.653.000 dollars \$US ont été alloués au PSPHR. Le taux de réalisation au 31/12/95 est de 31,95 % (Cf Annexe 6/4).
- République Fédérale d'Allemagne : Accord de subvention n°90 66 325 + 90 70 459 signé le 12 octobre 1992 pour un montant de 13 000 000 DM sur la base de l'accord de coopération financière signé le 21 avril 1992 : le taux de décaissement global au 31/12/95 est de 17,54 % (Cf Annexe 6/2).
- Communauté Economique Européenne (VIIe FED : MLI/7002). Convention de financement n° 5240 signé le 21 octobre 1993 pour un montant de 10 220 000 ECU. Le taux de décaissement réalisé au 31/12/95 est de 2,74 % (Annexe 6/3).
- Etat Malien : pour un montant total de 302.127.000 F CFA de crédit voté de 1991 à 1995; 251.647.000 F CFA ont été mandaté soit 83,29% et 202.507.000 F.CFA ont été décaissés soit 80,47% des montants mandatés (Cf Annexe 6/5). Il y a lieu de signaler qu'il n'a pas été possible de procéder au mandatement des crédits de l'exercice 1993, le trésor ayant exigé l'épuisement préalable des crédits antérieurs.

5/ COORDINATION

L'action de coordination est capitale dans la gestion des programmes et composantes du projet.

Les différentes instances de coordination formellement mise en place ont correctement fonctionné. Il s'agit du comité technique et du comité de suivi qui tiennent régulièrement leurs réunions statutaires. Les réunions du comité de suivi jusqu'à présent, sont centrées sur la sélection des cercles éligibles. Dès 1996, elles seront orientées sur l'examen de l'état d'avancement des cercles dans la mise en œuvre de leur PDSC.

Des responsables de composante ont été désignés afin d'assurer la coordination interne de chaque composante. En plus de leurs participations aux réunions du comité technique, ils ont comme tâches, la préparation du programme d'activités annuel de leur composante ainsi que le suivi de son exécution. Cette organisation est restée plus fonctionnelle qu'opérationnelle.

D'autres groupes plus spécifiques ont été créés. Il s'agit du comité technique IEC, du Groupe Interinstitutionnel de formation (GIF), des Comités Directeurs et Consultatifs du FASEF. Ils sont tous confrontés au problème de non disponibilité de leurs membres et souvent de l'inadéquation de la qualification de certains de leurs membres par rapport aux missions du groupe.

Concernant la coordination avec les partenaires, les rencontres informelles dites "réunion des bailleurs de fonds" se sont espacées eu égard à la charge de travail qu'impliquait le passage à l'échelle. Elles méritent d'être maintenues. La conjugaison des efforts de l'ensemble des partenaires cofinanceurs du projet doit aider à une mobilisation synergique des ressources financières pour une exécution plus cohérente et plus efficiente.

La concertation avec les ONG travaillant dans le domaine de la santé se fait à travers le Groupe Pivot Survie de l'enfant représenté au niveau de trois (3) des groupes spécifiques suscités. Des réunions de concertation entre services techniques du MSSPA et les ONG sont prévues au niveau des régions pour une meilleure information des parties impliquées afin que l'action des ONG puisse effectivement être repertoriée par le niveau local et régional.

Des missions conjointes de sensibilisation ont été menées dans plusieurs régions avec le FENASCOM qui a bénéficié d'un appui constant du projet pour la promotion du mouvement associatif pour la santé communautaire.

La Fédération devrait maintenant s'atteler à l'amélioration des compétences des ASACO et au renforcement des fédérations locales.

6/ CONTRAINTES ET PERSPECTIVES

6.1 Contraintes :

Certaines contraintes identifiées depuis la revue à mi-parcours n'ont pu être levées en dépit des efforts déployés. Il s'agit de :

- La difficulté à recruter le personnel infirmier pour les besoins de la périphérie (CSCOM ruraux)
- L'insuffisance qualitative et quantitative du personnel des centres de santé de cercle
- L'inadéquation de la formation initiale du personnel par rapport aux exigences de gestion et de qualité des soins à offrir dans le cadre du PMA
- la faible capacité des ASACO à mener une gestion autre que la gestion financière du centre.

D'autres préoccupations non des moindres sont liées au non respect des engagements de l'Etat (renforcement des structures de première référence) et au manque de motivation du personnel socio-sanitaire.

Les difficultés rencontrées dans la réalisation du volet Génie civil des CSCOM/CSA se sont exacerbées du fait de la désinformation des équipes de terrain à propos de la nature de la contrepartie, la non prise en compte de la problématique Génie civil au moment de l'approche communautaire, la mauvaise programmation des séquences de réalisation du CSCOM.

6.2 Perspectives :

6.2.1 Développement de certaines missions par la DNSP :

Les activités de programmation, de suivi de l'exécution doivent être assurées par la DNSP. Elle fera la consolidation des programmes budgets de l'ensemble de ses démembrements et transmet à la CCP un budget programme consolidé pour financement.

Elle devra pour ce faire bénéficier de l'appui technique nécessaire et disposer des ressources financières et matérielles.

6.2.2 Appui à la mise en place d'un système de suivi de l'impact de la mise en oeuvre de la politique sectorielle

Un voyage d'études a déjà eu lieu en fin 1995 afin de mieux nous informer sur l'expérience du Burkina Faso en matière de recherche sur l'impact des programmes de santé. Il s'agit, en tenant compte des outils déjà existants (SIS, EDS) d'identifier d'autres indicateurs d'output et d'impact qui devront aider ultérieurement à la redéfinition des stratégies afin que notre système soit plus performant et répondre aux besoins réels des populations.

6.2.3 Elaboration de politique/stratégies de formation continue du personnel :

Les besoins de formation/seminaires occupent aujourd'hui près de la moitié du temps du personnel prestataire, qui, débordé n'arrive même pas à transférer les nouvelles connaissances aux autres membres de l'équipe, ni à les exploiter.

La définition d'une politique en matière de formation continue est devenu une urgence à laquelle le GIF doit s'atteler prioritairement.

6.2.4 Poursuite du développement du système de santé de cercle :

Ce développement passe par :

- le renforcement des structures de référence;
- la disponibilité de médicaments;
- l'amélioration de la communication entre les deux niveaux du système;
- l'implication et la responsabilisation des communautés.

6.2.5 Développement des capacités des ASACO :

Les relations partenariales que les ASACO tissent avec l'Etat, les nouveaux liens entre le personnel de santé et son employeur, l'ASACO et leur rôle dans la pérennisation de leur investissement, le CSCOM, font que les ASACO doivent être de vrais partenaires. Elles doivent être appuyées dans ce sens.

6.2.6 EASEF :

Les actions à entreprendre porteront sur la redynamisation du fonds, l'impulsion à imprimer deux autres cibles du fonds (les secteurs privé et public), l'appui aux deux aires de santé pour développer des actions de soutien à la santé.

6.2.7 Etudes et recherche sur les aires non viables, les mécanismes de solidarité et de financement du système de santé de cercle.

7/ CONCLUSION :

Le développement sanitaire en cours est bien lancé grâce à l'effort de tous les partenaires au développement, le personnel socio-sanitaire et les communautés.

Les critères d'éligibilité ne sont plus considérés comme un obstacle infranchissable, mais s'ils sont satisfaits, deviennent un atout pour la mise en œuvre du plan.

Les équipes de santé ont à juste titre commencé cette mise en œuvre par les aires jugées viables. Le problème des aires non viables focalisent notre attention. Des schémas qui seront développés très prochainement, la question centrale sera l'équité et la clarification du rôle de l'état, des collectivités et des communautés elles mêmes.

Les autres défis auxquels nous sommes confrontés sont liés tout simplement au parcours choisi car la mise en œuvre d'une politique, la réforme d'un système, mettent en jeu plusieurs acteurs et souvent plusieurs secteurs. Il s'agit pour les dernières années du plan, de s'assurer si ce qui a été fait va perdurer plutôt que de se demander si ce qu'on a projeté a été réalisé.

ANNEXES

- | | |
|---------------|---|
| Annexe n° 1 : | Liste des cercles élus |
| Annexe n° 2 : | Situation du personnel dans les cercles élus |
| Annexe n° 3 : | Population couverte par le CSCOM/CSAR en fonction des régions |
| Annexe n° 4 : | Niveau des dotations initiales de médicaments essentiels des CS |
| Annexe n° 5 : | Etat d'exécution du budget-programme |
| Annexe n° 6 : | Tableau de décaissement par bailleur |
| Annexe n° 7 : | Situation des marchés exécutés en 1995 |

ANNEXE N° 1 :

LISTE DES CERCLES ELUS

REGIONS	CERCLES
Kayes	Nioro
	Yélimané
	Kita*
	Bafoulabé
Koulikoro	Koulikoro
	Banamba
	Kolokani
Ségou	Ségou
	Bla
	Baraouéli
	Tominián
	Niono
Mopti	Mopti
	Douentza
	Koro
	Tenenkou
	Djenné
District de Bamako	Commune 1
	Commune 2
	Commune 3
	Commune 4
	Commune 5
	Commune 6
Total :	23

*NB : * Sera financé par la Coopération Belge*

ANNEXE N° 2

**SITUATION DU PERSONNEL
DES CERCLES ELLIS**

Régions	Cercles	Nombre de médecins	Nombre d'infirmiers					Nbre de Sage-femme
			Chirurgie	Anesthésie	Ophtalm.	Labo	Dentiste	
Kayes	Bafoulabé	2	0	0	0	0	0	1
	Yélimané	1	0	0	0	0	0	0
	Nioro	2	0	0	0	1	0	2
	Kéniéba	1	0	0	0	1	0	0
Koulikoro	Koulikoro	2	1	0	1	2	0	6
	Banamba	2	1	1	0	1	0	2
	Kolokani	2	0	1	0	1	0	2
Ségou	Bla	2	0	1	0	1	0	1
	Ségou	2	0	0	0	0	0	8
	Tominian	1	0	0	0	1	0	0
	Baraouéli	2	1	0	0	1	1	1
	Niono	2	0	0	0	1	0	1
Mopti	Mopti	2	0	0	0	1	0	9
	Djénné	2*	0	0	0	0	0	1*
	Tenenkou	2*	0	0	0	2	0	1*
	Koro	1	0	0	0	1	0	1
	Douentza	2*	0	0	0	1	0	1*
Bamako	Commune 1	3	0	0	0	2	0	16
	Commune 2	3(b)	0	0	0	2	0	19
	Commune 3	2	0	0	0	1(s)	0	5
	Commune 4	3(b)	0	1	0	1	1*	40
	Commune 5	2	0	1	0	3	0	17
	Commune 6	3	0	0	0	3	0	32
Total		46	4	5	1	25	2	164

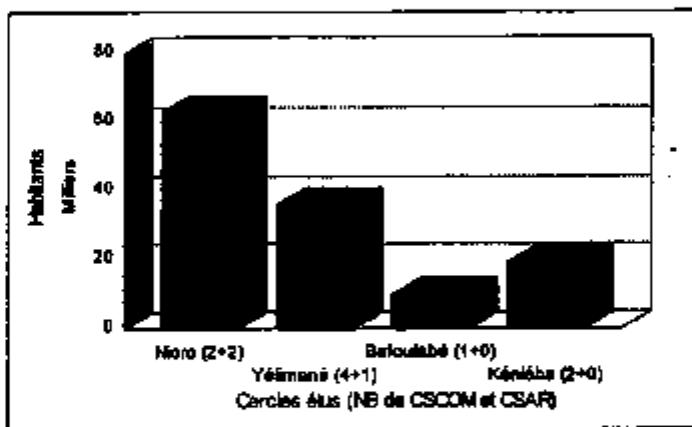
* L'un des agents est sur le filet social qui arrivera à terme en Septembre 1996

a) Médecin biologiste

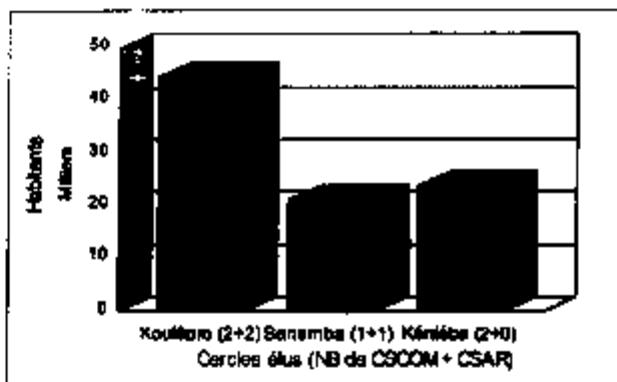
b) dont un gynécologue

ANNEXE N°3/1 :

**Graphique n° 1 : Population couverte par le CSCOM/GSAR
(Région de Kayes)**

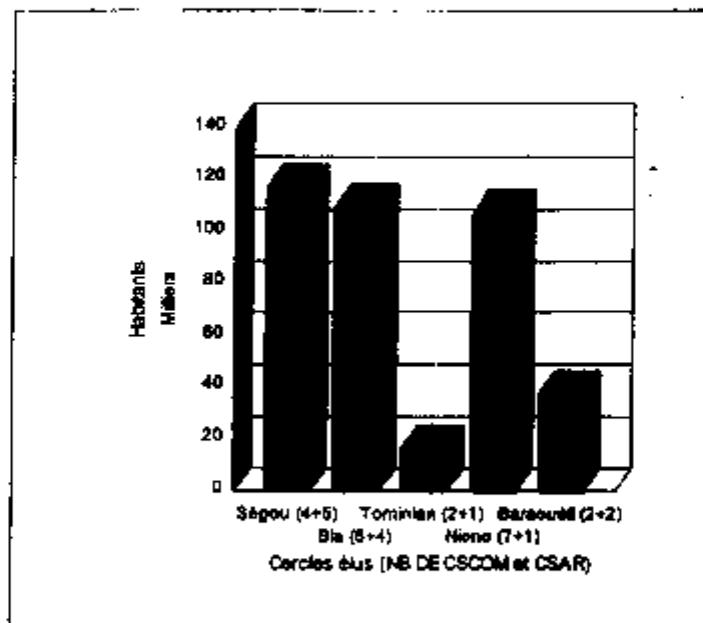


**Graphique n°2 : Population Couverte par le CSCOM/CSAR
(Région de Koulikoro)**

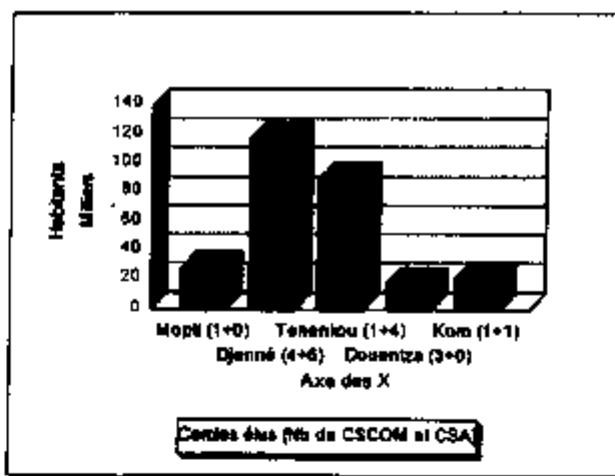


ANNEXE N°3/2 :

Graphique n°3 : Population couverte par le CSCOM/CSAR
(Région de Ségou)

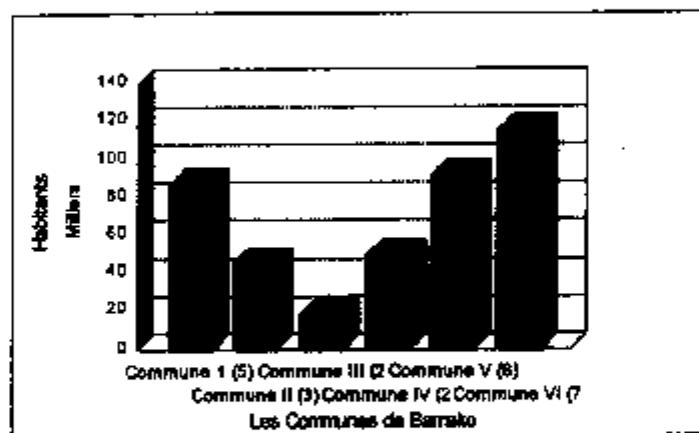


Graphique n° 4 : Population couverte par le CSCOM/CSAR
(Région de Mopti)

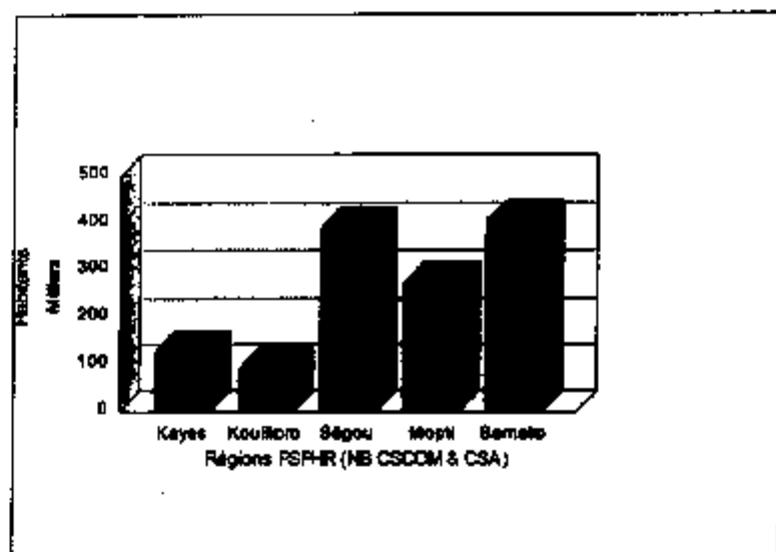


ANNEXE N°3/3:

Graphique n°5 : Population couverte par le CSCOM/CSAR
(District de Bamako)



Graphique n°6 : Population couverte par le CSCOM/CSAR
en fonction des régions



ANNEXE N° 4 :

Dotation Initiale en médicaments Essentiels

Cercles	Valeurs de stock initial - retenu par cercle **	Taux de réalisation	Montant
Nioro	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Yélimané	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Kita	8 000 000 F	59%	4 720 000 F
Bafouilabé	8 000 000 F	76%	6 080 000 F
Koulikoro	11 000 000 F	82%	9 020 000 F
Banamba	8 000 000 F	98%	7 840 000 F
Kolokani	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Ségou	11 000 000 F	0%	0 F
Bla	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Baraouéli	8 000 000 F	59%	4 720 000 F
Tominian	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Niono*	8 000 000 F	-	0 F
Mopti	11 000 000 F	100%	11 000 000 F
Douentza	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Koro*	8 000 000 F	-	-
Tenenkou	8 000 000 F	100%	8 000 000 F
Djenné	8 000 000 F	-	-
Commune I	5 500 000 F	0%	0 F
Commune II	5 500 000 F	79%	4 345 000 F
Commune III	5 500 000 F	18%	990 000 F
Commune IV	5 500 000 F	76%	4 180 000 F
Commune V	5 500 000 F	23%	1 265 000 F
Commune VI	5 500 000 F	51%	2 805 000 F

NB : * Cercles bénéficiant déjà de stock de médicaments.

** Les cercles n'ont pas eu les mêmes niveaux de stocks de départ. La majorité a eu une dotation de 8 millions de F CFA (dont 5,5 millions pour la structure de référence et 2,5 millions pour le stock de démarrage du dépôt répartiteur de cercle).

Pour les Communes de Bamako, le stock a été fixé à 5,5 millions car elles ne doivent pas disposer de dépôt répartiteur.

ANNEXE N°5 :

**EXECUTION DU BUDGET PROGRAMME
PAR BAILLEURS**

NIVEAU / PROGRAMME	PROJET	BUDGET		BUDGET		BUDGET		BUDGET		BUDGET	
		PROJET	Montant alloué								
1	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET	PROJET
Niveau opérationnel (cercles) CSC											
Niveau régional (exemp. régional aux cercles) 1 2549											
Programme de développement des ressources humaines											
Programme de planification, programmation et suivi de des projets CSC - OMA - DRDS - INSSP, INSPECTION CARISTI, DRCR											
Programme de renforcement de la politique et de gestion des biens et équipements (IRED, DRP, PEP)											
Programme de suivi des travaux de Génie à Civil (CENAS) et renforcement des capacités d'entrepreneuriat et de maintenance des matériels (CENAS)											
Programme de renforcement du système d'info. militaire (SIR)											
Programme d'appropriement et échange (IRED)											
Programme de promotion de la politique de population (PNP)											
Programme de participation (participation du PARE, IRED)											
Programme d'assainissement contre la filoche (PNL)											
Programme de capacités d'entrepreneuriat (CENAS)											
TOTAL											

Observations:

Initiallement prévu dans le programme de planification programmation et de suivi de l'exécution du projet la campagne multi média et les équipements de lutte contre le sida ont été annulés au niveau des programmes nationaux de lutte contre le sida.

Le dépassement du niveau du programme de renforcement de la gestion des médicaments est de 20k achats non initialement prévus de médicaments au profit de la PNP.

Fait ailleurs le dépassement de la cotisation de garantie au titre du contrat SORNET à provoqué un dépassement au niveau du programme de renforcement du système budgétaire et comptable.

Au niveau régional le dépassement observé à l'application par la prise en charge du relais de la convention signée avec l'ADTPE.

SITUATION DES DÉCAISSEMENTS SUR CRÉDIT IDA PAR CATÉGORIE
AU 31 DÉCEMBRE 1995 (En DTS)

CAT. 1 Génie Civil	CAT.2 Matériels Mobi. et Véh.	CAT.3 Fourniture médicaments	CAT.4 Service Consultant	CAT.5 Formation	CAT.6 Colis Exploitation	CAT.7 FASEF	CAT.8 Non alloué	TOTAL
6 290 000,00	3 480 000,00	1 680 000,00	3 585 000,00	800 000,00	1 980 000,00	435 000,00	970 000,00	19 200 000,00
Montant du crédit								
Décais. effectués	4 962 567,63	1 685 664,29	434 080,76	1 846 709,05	257 760,50	210 221,60	39 480,30	0,00
Fonds disponibles	1 297 432,37	1 794 335,71	1 245 919,24	1 738 290,95	542 239,50	1 749 778,40	395 519,70	9 466 484,13
% Crédits décaissés	79,37%	48,44%	25,84%	51,51%	32%	10,73%	9,08%	9 733 515,87
							0%	

Total décaissement par catégorie : 9 456 484,13
 Fonds de roulement : 276 949,84
 Total Général : 9 743 433,97
 % Pourcentage décaissé : 50,75%

SITUATION DES DÉCAISSEMENTS SUR SUBVENTION KFW PAR CATÉGORIE
AU 31 DÉCEMBRE 1996 (En Dauth Mark)

CAT. 1 Travaux de Construction	CAT.2 Medicaments Essentiels	CAT.3 Divers Équipements	CAT.4 Contracep- tif.	CAT.5 FASEF	CAT.6 Lutte contre Schistose	CAT.7	CAT.8 Assistance technique	TOTAL
4 285 000,00	1 800 000,00	1 150 000,00		2 250 000,00	800 000,00	1 905 000,00	1 000 000,00	13 000 000,00
Montant subvention								
Décais. effectués	775 320,05	684,27	359 337,69		79 492,13	108 078,68	0,00	594 614,04
Fonds disponibles	3 519 679,95	1 799 315,73	790 662,31		2 170 517,87	491 921,32	1 905 000,00	1 917 516,98
% Décaissement	18,05%	0,04%	31,25%		3,53%	18,01%	0,00%	11 082 483,14
							59,46%	

Total décaissement par catégorie : 1 917 516,98
 Fonds de roulement : 156 440
 DR N° 2 : 206 872,11
 DR N° 5 : 2 280 828,97
 Total Général : 17,54%
 % Pourcentage décaissé

NB : Initialement 2 250 000 DM étaient prévus pour la fourniture de contraceptifs. Suite à la décision de l'USAID de prendre en charge tous les besoins en contraceptifs, 695 000 DM ont été prélevés sur ce montant pour la revitalisation de 25 CSA et réaffectés à la rubrique "Travaux de Génie Civil". Le reste soit 1 555 000 DM ont été réaffectés à la rubrique "Non alloué".

SITUATION D'EXECUTION DE LA SUBVENTION FED
AU 31/12/95 (EN ECU)

DESIGNATION	CAT. 1 Travaux et surveill. CS	CAT.2 Fournitures médicam. CS	CAT.3 Dotations FAS/EF	CAT.4 Activités de Formation	CAT.5 Activités de soutien	CAT.6 Assistance technique	CAT.7 Imprevus	TOTAL
Montant subvention	4 025 000,00	3 000 000,00	1 000 000,00	300 000,00	200 000,00	680 000,00	1 015 000,00	10 220 000,00
Décais. effectués	0,00	203 375,07	21 275,72	0,00	0,00	56 376,92	0,00	261 027,71
Solde	4 025 000,00	2 796 624,93	978 724,28	300 000,00	200 000,00	623 623,08	1 015 000,00	9 938 972,29
% Décaissement	0,00	6,77%	2,12	0,00%	0,00%	9,04%	0,00	2,74%

ANNEXE N° 6/4 :

**SITUATION SUBVENTION USAID
AU 31/12/95 EN DOLLARS \$ US**

Rubriques (1)	Allocation (2)	Reservat ^s (3)	Engagement (4)	Dépenses (5)	Disponibilité (6=2-3)
Formation	4 026 774	2 891 937	2 891 854	1 894 302	1 134 837
IEC	3 288 956	2 625 901	2 374 382	1 440 072	663 055
MIS/SIG	2 109 000	1 658 621	1 031 324	609 285	450 379
PMI/PF	9 245 270	8 725 715	5 486 795	2 871 834	519 555
Recherche	1 535 000	873 384	530 852	230 116	861 616
Contraceptifs	1 530 000	550 000	0	0	980 000
Gestion de projet	2 694 000	1 383 954	1 205 822	788 207	1 310 046
Imprévus	26 000	0	0	0	26 000
Audi/Evaluation	198 000	131 940	104 640	44 133	86 060
Total :	24 653 000	18 841 452	13 626 269	7 877 949	5 811 548

NB : Cette situation ne prend pas en compte les allocations faites aux programmes de lutte contre la Dracunculose et la Malaria.

**SITUATION DE DÉCAISSEMENT DE LA CONTREPARTIE
MALIENNE AU 31/12/95**

ANNÉE	CREDIT VOTE	MANDATS		PAIEMENTS		SOLDE
		Admis	Cumul	Effectués	Cumuls	
1991	60 000 000,00	60 000 000,00	60 000 000,00	2 000 000,00	2 000 000,00	58 000 000,00
1992	57 637 000,00	57 637 000,00	117 837 000,00	50 630 000,00	52 630 000,00	65 007 000,00
1993	50 480 000,00	0,00	117 837 000,00	8 567 500,00	61 197 500,00	56 439 500,00
1984	67 005 000,00	67 005 000,00	184 842 000,00	69 870 000,00	131 067 500,00	2 865 000,00
1995	67 005 000,00	67 005 000,00	251 847 000,00	71 438 500,00	202 507 000,00	53 574 500,00
Total	302 127 000,00	251 647 000,00	251 847 000,00	202 507 000,00	202 507 000,00	49 140 000,00
%			83,29%		67,03%	80,47%

Observations :

- Les dépassements s'expliquent en général par le fait que les paiements de reliquat au titre de crédits antérieurs viennent s'ajouter au paiement de l'exercice en cours donnant ainsi :
 - 83,29% de réalisation de mandats admis sur les crédits votés
 - 67,03% en paiement de crédits votés et réalisés
 - 80,47% en réalisation de mandats admis
- Le solde cumulé de 49 140 000 F CFA résulte du fait que les mandats des exercices 1991 et 1992 n'ont pas pu être recouverts en intégralité.
- Il n'a pas été possible de procéder au mandattement des crédits de l'exercice 1993, le trésor ayant exigé l'épuisement préalable des crédits antérieurs.

ANNEXE N° 7

Situation des Marchés exécutés en 1995 (montants >= 10 millions FCFA)

(1) = montant initial du marché = 28 825 326 FCFA, mais travaux supplémentaires exécutés

(2) – marché à commandes sur délai d'exécution de 2 ans, 60 mobilitées recommandées et renouvelées en 1996

(3) = réception prov. pour 10 véhicules le 01/02/95 et pour 2 véhicules le 25/10/95

(4) = covention MSSP44 linked, constant-resolution compound 3D hydrodynamic bathymetry

(D) = montant initial du marché: 402 636 818 FCFA, 14% répartissant sur 25 ans à 200 000 000 FCFA.

200 = lettre d'assurance Guérison maladie - SNIC

17. **1996-1997** Government - FNIB

(7) - Consigne : l'audit termine en 1995 et correspondant à l'exercice 1994. Marche sur 2 ans. Montant total: 30.299.394

(8) - Informar los cambios propuestos en las PMS

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **Rapport d'évaluation à mi parcours du PSPHR, décembre 1994**
2. **Revue à mi parcours du programme de coopération Mali-UNICEF 1993 - 1997, novembre 1995**
3. **Recommandations de la revue à mi parcours du PSPHR, février 1995**
4. **Rapports de supervision intégré dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Bamako et Sikasso, 1995**
5. **Rapports d'évaluation de la participation communautaire, DNAS 1995**
6. **Rapports d'exécution des Directions Régionales et Cercles**
7. **Enquête sur le logo PF, CNIECS/CERPOD 1994 - 1995**
8. **Quel rôle joue les femmes dans la création et la gestion des ASACO et des CSCOM au Mali - MAIGA, SISSOKO, 1995**
9. **Rapport d'évaluation du SIS**
10. **Rapport sur la supervision et la motivation du personnel, novembre 1995**
11. **Rapport de consultation sur la gestion de la logistique, Décembre 1995**