

10/0207

PRIMATURE

COMMISSARIAT AU PLAN

DIRECTION NATIONALE  
DE LA PLANIFICATION

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**PREMIER PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS  
EN MATIERE DE POPULATION 1996 - 2000**

**VOLUME : I**

**SANTE DE LA REPRODUCTION  
PLANIFICATION FAMILIALE**

10/0207

## INTRODUCTION

*Les niveaux de mortalité et de morbidité au Mali figurent parmi les plus élevés d'Afrique et du Monde. L'ampleur et la nature des problèmes de santé de la population sont liées à beaucoup de facteurs qui sont entre autres : la faiblesse de la couverture sanitaire, l'état vétuste du grand nombre des infrastructures et des équipements socio-sanitaires, l'insuffisance dans les compétences techniques du personnel sanitaire, le taux d'accroissement naturel très élevé de la population rendant de plus en plus difficile l'extension des services de santé à la population notamment les couches les plus vulnérables que sont les mères, les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les populations déplacées.*

*Malgré les efforts consentis, la situation sanitaire au Mali n'a cessé de se détériorer entravant le développement socio-économique et hypothéquant gravement l'état sanitaire global de la population. Il est important de souligner que la couverture des besoins essentiels de la population surtout en matière de santé doit constituer les fondements de toute politique nationale de population. Cette politique doit prendre en compte de façon plus spécifique les besoins des groupes vulnérables que sont les mères, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les handicapés sociaux... Cependant, la réalisation de ce but ambitieux reste tributaire des conditions socio-économiques d'ensemble dans lesquelles se trouve aujourd'hui le Mali.*

*La réduction, autant que faire se peut, de la morbidité et de la mortalité, devrait s'accompagner d'un développement économique et social entraînant une amélioration qualitative des conditions de vie de la population en général et de celles des groupes cibles en particulier.*

*L'objet de ce présent volume est d'analyser de façon objective d'une part la situation relative à la morbidité et de la mortalité jugées très élevées et de proposer des stratégies appropriées pour y faire face ; et d'autre part, de faire un diagnostic profond des conditions de vie des enfants et des jeunes afin d'envisager les mesures concrètes et opérationnelles pour améliorer leur cadre de vie. A chaque niveau, la réflexion sera focalisée sur les points suivants :*

- *la problématique*
- *les objectifs*
- *les stratégies*
- *les moyens*

## I. CONSTATS ET IDENTIFICATION DES PROBLEMES :

Avant de pouvoir se faire une idée assez précise de la forte morbidité et mortalité dont souffrent quotidiennement les populations maliennes en terme de prédominance des maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles, il nous a paru nécessaire de parcourir les chiffres contenus dans les annuaires statistiques du Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées pour les années 1990, 1991, 1992. En raison de la similitude du tableau clinique d'une année à l'autre représentant l'état morbide ainsi que la situation de la mortalité dans le pays, nous avons préféré nous limiter uniquement aux données les plus récentes à savoir celles de l'année 1992 synthétisées dans les tableaux ci-après.

### A/ RAPPEL DE LA SITUATION SANITAIRE GENERALE :

Au moment de l'indépendance en 1960, les taux de mortalité infantile et de mortalité générale étaient évalués respectivement à 123‰ et 29‰ tandis que l'espérance de vie à la naissance était estimée à 35 ans.

Selon les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1987 réalisé par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI), les taux de mortalité infantile et de mortalité générale ont été respectivement de 102,3 ‰ et 12,6‰ ; le taux de mortalité infanto-juvénile a été estimé à 186,2‰; l'espérance de vie à la naissance a été évaluée à 56 ans.

Il est à noter également que l'Enquête Démographique de Santé de 1987 du Mali exécutée par le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a évalué le taux de mortalité infantile à 108‰.

Il apparait ainsi nettement que le Mali fait partie des pays du monde ayant des taux de mortalité les plus élevés et particulièrement le taux de mortalité infantile.

Le taux d'accessibilité géographique à des centres de santé offrant un paquet de soins essentiels, acceptables et disponibles à la population est estimé en 1992 à 30% (pour les populations dans un rayon de 5 kilomètres) et 40 pour cent (pour les populations dans un rayon de 15 kilomètres).

En se basant sur les données statistiques disponibles (Annuaire statistique des services de santé de l'année 1992), il apparait que l'état sanitaire du pays est loin d'être satisfaisant. Cela est lié d'une part aux conditions imposées par la nature, et d'autre part aux conditions socio-économiques générales du pays.

La plupart des études disponibles sur la morbidité et la mortalité indiquent des niveaux très élevés dans le pays qui s'expliquent particulièrement par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire (entre 20 et 40% de la population) et la forte prévalence des maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles ;
- l'insuffisance de la disponibilité en médicaments essentiels de qualité et à coût abordable ;
- la gamme incomplète d'activités de soins pour couvrir les problèmes de santé au niveau des formations sanitaires urbaines et périphériques ;
- l'insuffisance des ressources allouées au secteur (moins de 6% du budget d'Etat) et le problème de leur utilisation rationnelle ;
- un environnement naturel favorable à la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses et parasitaires ;
- l'insuffisance en eau potable en zones rurales et périurbaines où vivent 80% de la population ;
- une hygiène défectueuse en rapport avec des comportements souvent inadéquats favorisant la maladie et créant un ensemble synergique qui constitue un risque permanent pour la santé des populations, les plus fragiles (mères-enfants) payant le plus lourd tribut ;
- les apports nutritionnels déficients en qualité et en quantité et les maladies de carence (fer, iode, vitamine A) ;
- les pratiques coutumières et traditionnelles néfastes à la santé ;
- la faiblesse du niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information des populations ainsi que le taux faible de scolarisation ;
- la faiblesse de la participation, de l'implication et de la responsabilisation des communautés dans la prise en charge de leur propre état de santé et dans la gestion des services de santé existant dans leur aire géographique ;
- l'insuffisance en quantité et en qualité du personnel sanitaire et bien motivé.

L'effet conjugué de ces facteurs limite l'accès de la population à des services de santé de qualité et leurs effets combinés entraînent des taux de production et de productivité très faibles causant des pertes importantes de journées de travail dont il est difficile d'évaluer le poids de l'incidence négative occasionnée sur l'économie nationale.

Il est bon d'analyser en détail les principales causes de morbidité et de mortalité au Mali afin d'envisager les actions concrètes visant à y faire face.

## **1/ PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE SUR LA BASE DES STATISTIQUES FOURNIES PAR LES SERVICES DE SANTE AU COURS DE L'ANNEE 1992.**

L'analyse quantitative de ces événements démographiques sanitaires orientera les futures décisions pour la prise en compte des besoins sanitaires de la population pour la planification et l'administration des services de santé.

Il est à préciser que même si le taux de saisie des rapports mensuels a été arrêté à 90, 78%, il demeure que les activités de certaines grandes formations hospitalières telles que l'hôpital du Point "G" ne figurent pas dans l'annuaire statistique en raison de la non fourniture des données. Aussi beaucoup de cas de morbidité et de mortalité en dehors des formations sanitaires publiques ne sont pas enregistrés et connus.

Les données qui sont présentées dans les tableaux qui suivent ont été tirées des statistiques sanitaires de routine des différentes formations sanitaires du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées. Malgré leur manque d'exhaustivité, elles ont cependant le mérite de donner une idée générale de la situation sanitaire du pays et permettent d'évaluer l'état de santé de la population sur la base des principales causes de morbidité et de mortalité.

Aussi, il est à noter que l'importance de la médecine traditionnelle au niveau de la population à 80% rurale fait que le recours à la médecine moderne ne se réalise pas de façon systématique.

L'ensemble de ces raisons explique l'état de sous estimation des données statistiques sanitaires disponibles. Le nombre de cas pourrait être encore plus élevé que ceux présentés ci-dessous et par conséquent indique les efforts à entreprendre pour améliorer la collecte et l'analyse des données statistiques sanitaires fiables et indiscutables, base essentielle pour la définition des politiques, des plans, programmes et projets de développement sanitaire.

**TABEAU 1. 1. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE GENERALE.**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres asymptomatiques (Paludisme présumé)	280.562	23,50
2	Toux depuis moins de 15 Jours	133.844	11,20
3	Affections cutanées et sous-cutanées	95.932	8,03
4	Déchirures et plaies	95.472	8,00
5	Autres affections non infectieuses mal définies	74.133	6,20
6	Douleurs abdominales	59.701	5,00
7	Diarrhées sans déshydratation	54.043	4,52
8	Maladies du Tissu Conjonctif-Os-Articulations	45.664	3,82
9	Affections de la bouche et des dents	40.628	3,40
10	Autres affections gynécologiques non vénériennes	33.719	2,82
	SOUS-TOTAL	913.698	(76,50)
	AUTRES MALADIES	280.977	23,50
	TOTAL	1.194.675	100,00

Source : Annuaire Statistique des Services de santé de l'année 1992, juin 1993.

Il est à noter que les dix (10) principales causes occupent 76,5 % des cas de la morbidité générale au sein de la population et démontrent par la même occasion la priorité de l'action sanitaire pour réduire ou éliminer les souffrances des populations.

**TABLEAU 1.2. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE GENERALE.**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres avec convulsions (accès pernicieux présumé)	302	15,93
2	Toux depuis moins de 15 Jours	161	8,50
3	Douleurs abdominales	113	5,96
4	Toux depuis plus de 15 jours et asthme	112	5,90
5	Autres affections non infectieuses mal définies	110	5,80
6	Diarrhées avec déshydratation	109	5,75
7	Fièvres asymptomatiques (paludisme présumé)	98	3,17
8	Autres affections cardio-vasculaires	75	3,95
9	Autres pathologies de grossesse et accouchement	72	3,80
10	Tétanos	71	3,74
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>1223</b>	<b>(64,50)</b>
	<b>AUTRES MALADIES</b>	<b>673</b>	<b>35,50</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1896</b>	<b>100,00</b>

Source : Op.cit. page 5, Tableau 1.1

On note que les dix (10) principales causes de mortalité générale représentent les 64,5% de l'ensemble des cas enregistrés.

**TABLEAU 1. 3. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE MATERNELLE**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres asymptomatiques (Paludisme présumé)	50.759	11,95
2	Autres pathologies gynécologiques mal définies	28.190	6,64
3	Autres affections non infectieuses mal définies	16.104	3,79
4	Toux depuis moins de 15 jours et asthme)	14.688	3,46
5	Affections cutanées et sous cutanées	13.998	3,30
6	Autres pathologies de grossesse et accouchement	13.112	3,10
7	Déchirures et plaies	12.079	2,84
8	Maladies du tissu Conjonctif-Os-Articulations	11.218	2,65
9	Affections de la bouche et des dents	7.194	1,70
10	Anémies et maladies du sang	5.686	1,34
	SOUS-TOTAL	173.038	(40,75)
	AUTRES MALADIES	251.517	59,25
	TOTAL	424.555	100,00

Source : Op.cit. page 5, Tableau 1.1

On constate que les dix (10) principales causes de morbidité maternelle occupent les 40,75% de l'ensemble des cas dans ce groupe.

**TABEAU 1.4. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE :**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Autres pathologies de grossesse et accouchement	72	12,30
2	Douleurs abdominales	29	4,96
3	Autres affections non infectieuses mal définies	22	3,76
4	Autres affections cardio-vasculaires	18	3,08
5	Toux depuis moins de 15 jours	17	2,90
6	Fièvres asymptomatiques (Paludisme présumé)	9	1,54
7	Hypertension artérielle	9	1,54
8	Toux depuis plus de 15 jours et asthme	8	1,37
9	Anémies et maladies du sang	8	1,37
10	Pathologies gynécologiques non vénériennes	8	1,37
	SOUS-TOTAL	200	(34,20)
	AUTRES MALADIES	385	65,80
	TOTAL	585	100,00

Source : Op.cit. page 5, Tableau 1.1

On remarque que les dix (10) principales causes de mortalité maternelle représentent les 34,20% de l'ensemble des cas dans ce groupe.

**TABLEAU 1. 5. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE INFANTILE (0-1 AN) :**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Toux depuis moins de 15 jours	29.113	20,77
2	Fièvres asymptomatiques (Paludisme présumé)	28.700	20,47
3	Diarrhées sans déshydratation	15.925	11,36
4	Affections cutanées et sous-cutanées	13.582	9,70
5	Conjonctivites	5.905	4,21
6	Autres affections non infectieuses mal définies	5.575	3,98
7	Otitites et Mastoidites	4.519	3,22
8	Déchirures et Plaies	4.518	3,22
9	Prématurité	3.968	2,44
10	Douleurs abdominales	3.425	2,44
	SOUS-TOTAL	115.227	(82,20)
	AUTRES MALADIES	24.952	17,80
	TOTAL	140.179	100,00

Source : Op.cit. page 5, Tableau 1.1

On constate que les dix (10) principales causes de morbidité infantile représentent les 82,20% de l'ensemble des cas enregistrés dans ce groupe.

**TABLEAU 1. 6. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE INFANTILE (0-1 AN) :**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres avec convulsions (accès pernicieux présumé)	101	24,95
2	Toux depuis moins de 15 jours	47	11,60
3	Tétanos	43	10,62
4	Diarrhées avec déshydratation	39	9,63
5	Toux depuis plus de 15 jours et asthme	30	7,41
6	Rougeole	24	5,92
7	Fièvres asymptomatiques (paludisme présumé)	16	3,95
8	Méningite cérébro-spinale	12	2,96
9	Autres maladies de carence, avitaminoses	12	2,96
10	Marasme infantile	9	2,22
	SOUS-TOTAL	333	(82,20)
	AUTRES MALADIES	72	17,78
	TOTAL	405	100,00

Source : op.cit. page 5, Tableau 1.1.

On remarque que les dix (10) principales cause de mortalité infantile représentent les 82,20 % de l'ensemble des cas enregistrés dans ce groupe.

**TABLEAU 1. 7. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE INFANTO-JUVENILE (0-4 ANS) :**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres asymptomatiques (Paludisme présumé)	57.807	25,03
2	Toux depuis moins de 15 jours	35.910	15,55
3	Affections cutanées et sous-cutanées	20.036	8,67
4	Diarrhées avec déshydratation	19.143	8,30
5	Déchirures et Plaies	14.099	6,11
6	Autres affections non infectieuses mal définies	8.376	3,63
7	Conjonctivites	7.720	3,34
8	Otites et Mastoïdites	7.318	3,17
9	Affections de la bouche et des dents	6.987	3,03
10	amibiase	5.815	2,52
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>183.211</b>	<b>(79,35)</b>
	<b>AUTRES MALADIES</b>	<b>47.683</b>	<b>20,65</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>230.984</b>	<b>100,00</b>

Source : op.cit. page 5, Tableau 1.1.

On remarque que les dix (10) principales causes de morbidité infanto-Juvenile représentent les 79,35 % de l'ensemble des cas enregistrés dans ce groupe.

**TABEAU 1. 8. : LES DIX (10) PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE (0-4 ANS) :**

N°	CAUSES	NOMBRE DE CAS (1992)	%
1	Fièvres avec convulsions (accès pernicieux présumé)	253	32,52
2	Toux depuis moins de 15 jours	82	10,54
3	Toux depuis plus de 15 Jours et Asthme	50	6,43
4	Prématurité	35	4,50
5	Fièvres asymptomatiques (paludisme présumé)	31	3,98
6	Anémies et maladies du sang	24	3,08
7	Autres Maladies de carences, Avitaminoses	22	2,83
8	Kwashiorkor	22	2,83
9	Marasme infantile	15	1,93
10	Malformations congénitales	8	1,03
	SOUS-TOTAL	542	(69,67)
	AUTRES MALADIES	236	30,33
	TOTAL	778	100,00

Source : op.cit. page 5, Tableau 1.1.

Il ressort ainsi que les dix (10) principales causes de mortalité infanto-juvénile représentent les 69,67 % de l'ensemble des cas enregistrés dans ce groupe.

La conclusion que l'on peut tirer à l'examen de ces différents tableaux est que les dix (10) principales causes de morbidité et de mortalité à l'exception de celles de la mère représentent plus de 60% des cas enregistrés dans les formations sanitaires. On constate que ces causes de morbidité et de mortalité sont dominées par des maladies infectieuses parasitaires et nutritionnelles.

Par ailleurs, on constate une fréquence considérable d'affections relativement banales mais du fait de l'insuffisance des moyens préventifs et curatifs se compliquent et aboutissent souvent à des situations irréversibles.

## **2/ PROBLEMATIQUE DU SIDA ET DES MST (MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES) :**

En plus des maladies parasitaires, infectieuses et nutritionnelles, s'ajoutent les infections par le virus VIH (virus de l'immunodéficience humaine), responsable de la maladie du SIDA, qui constituent de nos jours un vrai problème de santé publique et un phénomène social très grave affectant la population et plus particulièrement les jeunes et les femmes.

Les adolescentes et les femmes qui vivent dans la pauvreté sont souvent incitées ou contraintes à avoir des relations sexuelles, en se livrant ainsi à la prostitution pour faire face à leurs besoins urgents de subsistance et de ceux de leur famille. Il apparaît donc nécessaire d'accorder davantage d'attention aux programmes visant à développer des attitudes et comportements sexuels sains ayant comme cibles, les enfants, les jeunes, les femmes et les pauvres. En donnant davantage de connaissances aux jeunes et aux femmes on pourrait dans une large mesure contenir la propagation des infections VIH et de la maladie du SIDA qui constituent un défi majeur pour les actions menées en faveur du développement économique et social.

Cette pandémie du SIDA exige de nos jours une mobilisation sociale générale à travers des actions orientées surtout vers la prévention. D'apparition récente, le SIDA fait peser une menace sur les couches les plus actives et productives de la population et son rythme de propagation au sein de la population a des conséquences négatives sur le développement humain durable. Le SIDA s'accompagne d'un risque accru des maladies infectieuses ainsi que d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité dues à ces infections.

Beaucoup de facteurs contribuent à l'aggravation de la situation du SIDA au Mali qui sont entre autres : le faible taux d'alphabétisation, le manque d'information accessible à l'immense majorité de la population notamment celle en milieu rural et périurbain, l'insuffisance dans les compétences techniques des agents de santé dans le dépistage clinique et biologique, les phénomènes migratoires (travailleurs saisonniers, aides ménagères...), le contexte socio-culturel et religieux avec son cortège de pratiques traditionnelles (polygamie, excision, circoncision et tatouage rituelles...), le chômage, le faible taux de scolarisation, la délinquance juvénile, la prostitution, la position géographique faisant du Mali un carrefour.

L'ensemble de ces facteurs de risque expose le pays à une vulnérabilité toute singulière. A cet égard, l'information et la disponibilité des préservatifs et des services de conseils doivent être au centre de la politique de lutte contre le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles.

La situation de l'épidémiologie de l'infection/maladie VIH-SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles surtout leur magnitude de diffusion et de propagation dans la population générale sur la base des informations actuellement disponibles suscite au Mali des inquiétudes bien justifiées.

Selon les résultats de certaines études disponibles dont le document intitulé : "Epidémiologie des infections à VIH au Mali de 1985 à 1992", il a été mis en évidence une diffusion du VIH à l'ensemble des communautés urbaines. On retiendra dans la répartition de l'infection que plus de 50% des personnes atteintes sont des jeunes et la classe modale se situe entre 20 et 35 ans donc une population sexuellement et économiquement active. Cette même étude révèle un taux de séroprévalence de 4% en milieu urbain. L'enquête nationale entreprise au cours du deuxième semestre de 1992 par le programme national de lutte contre le SIDA et couvrant toutes les régions du pays grâce à l'appui financier de l'Organisation Mondiale de la Santé a permis d'établir la carte épidémiologique des infections VIH au Mali.

Le nombre de cas enregistrés de 1985 au 30 Septembre 1993 est passé de 1 à 1874 cas dont 460 cas pour l'année 1992 et 561 pour l'année 1993. Malgré l'imperfection et la non standardisation du système de notification, les déclarations des cas de l'infection/maladie VIH-SIDA en provenance des formations sanitaires montrent une allure exponentielle. Aussi, il convient de noter que la voie de transmission sexuelle est nettement dominante.

On estime cette séroprévalence par région entre 2 à 6% avec un pic observé dans la région de Sikasso (6%), qui constitue une porte d'entrée à cause de sa position géographique.

Les résultats de la surveillance sentinelle notifiés au niveau des trois sites de Bamako (Hôpital du POINT "G", CNTS, PMI Commune II) attestent une séroprévalence globale estimée à 3% à l'épreuve du test rapide.

Le groupe concerné est un groupe à faible risque représentant tout de même une population sexuellement active. Il s'agit des femmes enceintes et des donneurs de sang. Par contre au niveau des groupes à haut risque notamment les prostituées, la séropositivité dépasse les 40%.

La prise en charge de ces sujets du point de vue soins curatifs pour les infections opportunistes, l'annonce de la séropositivité, les questions psychologiques d'intégration sociale sont entre autres autant de problèmes pratiques qui se posent au Mali à travers son Programme National de lutte contre le SIDA.

Avec l'appui des partenaires au développement, les actions engagées par le Gouvernement sont de nature à renverser la tendance. Elles ont trait à la stratégie de décentralisation du programme, l'intégration MST/SIDA, l'IEC ciblée et adaptée, la connaissance de l'épidémiologie de la maladie, le renforcement des laboratoires d'analyse, la mobilisation sociale visant à changer les comportements et les attitudes ainsi que le renforcement du rôle des communautés, la coordination et la gestion de l'ensemble du programme national et les activités de recherches opérationnelles.

S'agissant de l'IEC ciblée et adaptée, il y a souvent peu d'informations retour qui ont été recherchées chez les bénéficiaires des messages d'éducation sanitaire et sociale (Enquête CAP). L'efficacité des messages préventifs ciblés devient alors limitée pour générer le changement de comportement à un niveau suffisant susceptible de freiner la propagation de l'infection/maladie VIH-SIDA.

L'ensemble de ces facteurs indique que, dans un contexte de ressources limitées et rares, les efforts doivent être orientés vers l'élimination de ces souffrances grâce à l'offre de paquet de services de santé de qualité conformément aux besoins de la population.

L'apparition récente du SIDA fait peser une menace sur les couches les plus actives et productives de la population, et menace à terme de désorganiser complètement la vie sociale et perturbe les messages visant la maîtrise de la fécondité si beaucoup d'efforts ne sont entrepris.

L'intensification des campagnes d'information, d'éducation, et de communication doit occuper une large place dans les programmes sanitaires visant à combattre cette pandémie mondiale. Cependant, il convient de noter l'insuffisance des supports éducatifs et leur inadéquation à l'environnement ciblée, le manque d'analyse de situation plus complète afin de rendre le "discours préventif" plus institutionnel et plus participatif.

La prévention est le seul moyen de ralentir la propagation du SIDA et d'en réduire l'impact final. C'est là un devoir national et un enjeu international. Les soins de santé communautaire et à domicile, l'intégration aux soins de santé primaires des activités spéciales en faveur des jeunes et des femmes sont parmi les stratégies rationnelles que le gouvernement mettra en oeuvre pour les décennies à venir.

### **3. AUTRES INDICATEURS SANITAIRES OBSERVES PERMETTANT DE FAIRE L'ANALYSE DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE.**

En se référant toujours aux sources statistiques sanitaires du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées on note le niveau actuel de certains indicateurs de l'état de santé des populations maliennes :

a) Sur le plan des activités sanitaires et hospitalières, on peut citer :

- le taux de couverture de la population par les services de santé dans un rayon de
  - . moins 5 km = 30 %
  - . moins 15 km = 40 %
- le taux moyen d'occupation des lits = 20 à 40 % de la capacité installée.

Ces deux taux (couverture sanitaire et occupation des lits) laissent apparaître une sous fréquentation des services de santé.

Cette situation est réelle et s'explique par les facteurs suivants :

- . mauvais accueil des malades ;
  - . mauvaise qualité des soins (en particulier la compétence technique du personnel soignant) ;
  - . infrastructures et équipements sanitaires inadaptés ;
  - . coûts élevés des prestations et du médicament ;
  - . distances par rapport aux structures sanitaires ;
  - . croyances et coutumes contraires à la pratique de la médecine moderne et orientation vers la médecine traditionnelle ;
  - . insuffisance des messages éducatifs et d'information sur l'offre des services de santé.
- la durée moyenne de séjour des malades dans les hôpitaux en :
- . service de médecine = 7 jours
  - . service de chirurgie :
    - \* petite chirurgie = 10 à 14 jours
    - \* grande chirurgie (lourde) = 20 à 30 jours,

Suivant la performance du plateau technique et de la disponibilité des consommables en anesthésie-réanimation, en laboratoire, en radiologie et autres explorations médicales, il est possible de réduire ces durées de séjour des malades dans les formations sanitaires et hospitalières.

Selon les données du rapport annuel de 1992 :

- le taux de consultations générales est de 13% pour l'ensemble du pays contre 32% dans le District de Bamako. Comme indiqué précédemment, le besoin de sensibilisation se fait sentir avec acuité et demeure valable pour les autres points ci-dessous.

- le taux de consultations prénatales est de 15% pour l'ensemble du pays contre 34% dans le district de Bamako. Il a été observé que le nombre moyen de consultations pour chaque nouvelle consultante est de trois (3) durant la période de grossesse.
- le taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (médecin, sage-femme, infirmier ou matrone) est estimé à 16% des accouchements attendus dans l'année pour l'ensemble du pays et à 51 % dans le District de Bamako.
- le taux de consultations post-natales qui sont très peu développées est estimé à 10,5% de femmes ayant bénéficié d'un accouchement assisté. Cette estimation reste théorique puisque généralement elles ne reviennent plus une fois l'accouchement terminé.
- le pourcentage des grossesses à risque est estimé à 18 % des nouvelles consultantes.
- le pourcentage des avortements est estimé à 3 % pour l'ensemble du pays.
- le taux d'utilisation de contraceptifs modernes se situe autour de 1,3% dans l'ensemble du pays.
- la couverture vaccinale estimée par antigènes d'après les données de routine du Centre National d'Immunisation (CNI) de l'année 1992 et concernant les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer se présente comme suit pour l'ensemble du pays :

<u>VACCINS:</u>	<u>NOMBRE :</u>	<u>POURCENTAGE :</u>
* BCG	224.972	69,84%
* DTCP3	108.585	37,70%
* ROUGEOLE	113.266	35,16%
* VAT2	156.989	(*)

(\*) En raison de la complexité de la détermination du dénominateur (relatif aux femmes en âge de procréer) pour la vaccination antitétanique (VAT, deuxième dose), seule une enquête permet d'avoir un reflet correct de la couverture par cet antigène.

Comme on peut le constater, le niveau de la couverture vaccinale reste faible par rapport à l'objectif assigné qui est au moins de 80% par antigène. Parmi les difficultés rencontrées pour cet état de faiblesse de la couverture sanitaire, on peut citer :

- la baisse constatée dans le financement des activités du PEV mettant en cause le pérennisation des activités entreprises par les cercles pour la rationalisation de l'utilisation des ressources ;
- l'insécurité dans certaines régions continuent de ralentir les activités;
- le problème de la prise en charge du salaire des aides soignants par les Comités locaux de Développement créant des problèmes de démotivation de ce personnel;
- les défaillances constatées dans le fonctionnement du matériel logistique et sa maintenance;
- la faiblesse de l'implication des Communautés et de leur mobilisation autour des activités du PEV.

b) Sur le plan des ressources humaines, de l'infrastructure socio-sanitaires, et des financements alloués au secteur de la santé pour faire face aux problèmes de santé des populations, les données présentées dans les tableaux suivants sont édifiants :

i) **Tableau sur la situation du personnel sanitaire par rapport aux normes de l'OMS:**

RATIO HABITANTS COUVERTS PAR TYPE DE PERSONNEL	NORMES OMS (HABITANTS)	NIVEAU ATTEINT EN 1994 (HABITANTS)	% REALISE PAR RAPPORT NORMES OMS
Un médecin pour	10.000	43.293 (*)	43,30
Un ingénieur sanitaire pour	250.000	1.381.535	18,10
Un infirmier d'Etat pour	5.000	16.919	33,84
Une sage femme pour	5.000	32.954	66
Un infirmier pour	5.000	14.431	29

Source : CPS (Cellule de Planification Statistique) : 1994 : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

(\*) Le calcul du ratio médecin par habitants a été fait sur la base des médecins généralistes dont la présence au sein des communautés surtout rurales est la plus importante. La plupart des médecins spécialistes sont à Bamako dans les hôpitaux nationaux et au niveau de certains hôpitaux régionaux.

L'analyse du tableau ci-dessus fait ressortir l'écart assez grand qui existe entre les normes OMS et la situation réelle du personnel sanitaire pour couvrir les besoins sanitaires des populations. Cela traduit les efforts que le pays doit accomplir dans le développement des ressources humaines pour être au rendez-vous de la "Santé pour Tous en l'an 2000" prônée par l'OMS.

Il faut dire qu'aujourd'hui au Mali, l'un des handicaps majeurs de la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé reste l'insuffisance du personnel de santé aussi bien en quantité qu'en qualité et sa répartition équitable pour juguler les inégalités et les disparités entre la capitale (Bamako) et les autres régions.

Aussi, les actions à mener doivent tendre à non seulement corriger ces inégalités et disparités régionales, mais aussi vers le développement et le renforcement des compétences techniques du personnel sanitaire en vue de les rendre polyvalents dans la résolution des problèmes de santé.

ii) **Tableau de répartition du personnel sanitaire entre la capitale nationale (Bamako) et les autres régions sanitaires du Mali au 31/12/1991 (cf: données disponibles):**

CATEGORIES DE PERSONNELS SANITAIRES (SOIGNANTS, ASSAINISSEMENT, DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE ET SOCIAL)	CAPITALE NATIONALE (BAMAKO)	%	AUTRES REGIONS SANITAIRES	%	ENSEMBLE DU MALI
Médecins Généralistes	57	33	117	67	174 (100%)
Médecins Spécialistes	171	92	14	8	185 (100%)
Médecins généralistes et spécialistes	228	64	131	36	359 (100%)
Pharmaciens	32	78	9	22	41 (100%)
Biologistes	19	10	0	0	19 (100%)
Ingénieurs Sanitaires	2	0	4	67	6 (100%)
Infirmiers d'Etat	319	33	361	53	680 (100%)
Sages Femmes	216	47	122	36	338 (100%)
Techniciens de Laboratoire	99	64	39	28	138 (100%)
Techniciens Sanitaires	29	72	56	66	85 (100%)
Techniciens de Développement Communautaire	14	34	74	84	88 (100%)
Infirmiers de Santé	455	16	464	51	919 (100%)
		49			
<b>Ensemble du Personnel</b>	<b>1.413</b>	<b>53</b>	<b>1.260</b>	<b>47</b>	<b>2.673 (100%)</b>

Source : document sur le Personnel et les Infrastructures Socio-Sanitaires 1991, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personne Agées, DNSP/DE, Août 1992.

Ce tableau fait apparaître assez nettement les inégalités et les disparités régionales dont nous avons fait cas précédemment qu'il est urgent de résoudre.

iii) Tableau sur les infrastructures socio-sanitaires au 31/12/91

TYPE D'INFRASTRUCTURES SOCIO-SANITAIRES	LA CAPITALE (BAMAKO)	REGIONS	ENSEMBLE DU MALI
HOPITAUX NATIONAUX NBRE : lits :	2 1.042	1 77	3 (*) 1.119
HOPITAUX REGIONAUX NBRE : lits :	0 0	6 647	6 647
HOPITAUX SECONDAIRES NBRE : lits :	0 0	4 382	4 382
SERVICES SOCIO-SANITAIRES DES CERCLES ET DE COMMUNES NBRE : lits :	6 22	46 1.299	52 1.326
SERVICES SOCIO-SANITAIRES D'ARRONDISSEMENT	0	287	287
STRUCTURES DE SANTE DE BASE DISPOSANT ET/OU : dispensaire, maternité et dépôt de médicaments	0	381	381
TOTAL DES LITS	1064 (31%)	2.405 (69%)	3.469 (100%)

Sources : Document sur le Personnel et les Infrastructures Socio-Sanitaires 1991, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, DNSP/DE, Août 1992.

- Document du Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant au Mali, Octobre 1992.

(\*) Il s'agit des Hôpitaux nationaux du Point "G", Gabriel Touré et Kati.

Il est à remarquer dans ce tableau que 31 % des lits sont concentrés dans les formations hospitalières de Bamako et les 69% dans les régions. en rapportant le nombre de lits à la population couverte, on découvre les ratios suivants :

- . BAMAKO : 1 lit pour 687 habitants ;
- . REGIONS : 1 lit pour 3.143 habitants ;
- . Ensemble PAYS : 1 lit pour 2.390 habitants.

Encore une fois, les inégalités et disparités régionales apparaissent entre la capitale et les autres régions démontrant encore une fois la faiblesse des politiques en direction de zones rurales.

La situation de la répartition du personnel sanitaire et de l'infrastructure socio-sanitaire ci dessus indiquée est davantage aggravée dans le Nord du pays avec la faiblesse de la densité et les facteurs de dispersion de la population liés aux conditions naturelles très dures et le mode de vie nomade et semi-sédentaire. en plus de ces facteurs, les problèmes d'insécurité dans le Nord du pays durant les années 1990, 1991, et 1992 ont contribué à aggraver l'état sanitaire des populations de ces zones. TOUS CES ASPECTS sont à prendre en compte dans la plan d'action de la mise en oeuvre de la politique de population pour lutter contre la morbidité et la mortalité.

iv) Tableau de répartition des ressources financières selon la nature du financement (intérieur ou Extérieur) pour les années 1991 et 1992.

NATURE DU FINANCEMENT	MONTANT 1991 EN MILLIARDS DE F CFA)	MONTANT 1992 en milliards de F CFA)
Financement intérieur (Dépenses courantes au niveau central, régional et contrepartie national dans les projets)	4,918	5,148
Financement Extérieur (Budget spécial d'investissement : Projet socio-sanitaires à fonds d'origine extérieur)	6,153	6,327
Budget total Santé	11,071	11,475
Budget d'Etat	230,795	217,148

Source: Situation des Projet et du Budget de la Santé en 1991 et 1992 au niveau de la Cellule de Planification et Statistique/Direction Administrative et Financière/Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

On remarque que la part du budget total de la santé dans le budget d'Etat de façon globale a été respectivement 4,80% en 1991 (11,071/230,795) et 5,28% en 1992 (11,475/217,148).

La part du financement intérieur dans le budget total de la santé a été respectivement 44,42 % en 1991 et 44,86 % en 1992.

Aussi la part du financement extérieur dans le budget total de la santé a été respectivement 55,58 % en 1991 et 55,14 % en 1992.

En rapportant le financement global de la santé (financement intérieur et extérieur) aux projections de la population en 1991 et 1992, on constate que les dépenses annuelles moyennes par tête d'habitant sont chiffrées respectivement à 1.336 F CFA et à 1.356 F CFA à l'exclusion des dépenses effectuées dans la médecine traditionnelle et dans le secteur privé. Le Revenu National Disponible Brut par tête d'habitant (RND) a été estimé en 1992 à 94.544 F CFA (source DNSI). Ce qui nous permet de dire que les dépenses publiques par tête d'habitants consacrées à la santé sont moins de 2%.

La situation ainsi décrite sur la morbidité et la mortalité et la faiblesse des ressources disponibles pour y faire face montre que l'état de santé au Mali est loin d'être satisfaisant. Cela comporte inéluctablement des effets négatifs sur la politique de développement sanitaire du pays mais aussi et surtout sur la politique de population. En vue de trouver une réponse concrète à ces problèmes, il sera mis un accent particulier sur les objectifs déjà énoncés dans la déclaration de politique de population du Mali.

## **II. OBJECTIFS A ATTEINDRE EN MATIERE DE REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE :**

Le Mali a adopté une politique Sectorielle de Santé et de Population le 15 Décembre 1990 et une "Déclaration de la Politique Nationale de population "le 03 Mai 1991.

La réduction de la morbidité et de la mortalité qui est l'objectif N° 2 de la Politique de Population pour le développement du pays grâce à l'amélioration de l'état de santé de la population et l'extension de la couverture sanitaire s'articule autour des points suivants :

**1. contribuer à l'amélioration du taux de couverture sanitaire du pays situé en 1991 entre 15 et 20 % à plus de 80 % d'ici l'an 2020 :**

Il s'agit de faire en sorte que l'on parvienne à atteindre plus de 80% de couverture sanitaire de la population d'ici l'an 2020 afin qu'elle participe plus activement au développement socio-économique du pays les actions envisagées sont :

- réduire la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies au moins de moitié;
  - réaliser la promotion des attitudes et des comportements sains favorables à la santé et au bien-être de la famille. -
  - implanter un dispositif de soins adaptés aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapprochés que possible des Populations.
  - assurer des services de santé de qualité géographiquement et économiquement accessibles à la population y compris la disponibilité du médicament essentiel;
  - intensifier l'utilisation des services d'information, d'éducation et de communication pour une participation active de la population à la prise en charge de son propre état de santé.
  - organiser la participation de l'Etat, des collectivités, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé :
  - développer une approche multidisciplinaire et multi-sectorielle de l'action sanitaire;
  - intégrer la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique global du pays ;
  - rationaliser les services du secteur de la santé et leur expansion en rapport avec les ressources disponibles et mobilisables ;
  - améliorer l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières.
2. lutter contre les pratiques traditionnelles ayant des effets nocifs sur la santé des filles telle que l'excision ;
3. dans le domaine de l'hygiène, mettre en application effective des dispositions légales, sur la vente en plein air des aliments, le dépôts des ordures et des déchets-toxiques, etc...

4. développer des programmes relatifs à la salubrité publique telles que la voirie pour ce qui est de l'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères et les latrines publiques au niveau des villes et des villages;

5. renforcer et développer des programmes de santé maternelle et infantile.

La santé en matière de reproduction et planification familiale, il s'agira essentiellement à :

- réduire de 80% la morbidité et mortalité maternelle et néonatale liées à la grossesse, l'accouchement et les suites de couches et favoriser une croissance harmonieuse de la population et de la famille;

- réduire de plus de 80% les accidents et complications d'accouchements liés aux grossesses rapprochées;

- réduire de plus de 80% la morbidité la mortalité et des enfants et des jeunes imputables aux affections telles que : le paludisme, les affections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, la malnutrition etc. ;

- promouvoir les services de planification familiales en vue de la maîtrise de la fécondité ;

- rendre effective la disponibilité des services de Santé en matière de reproduction et Planification Familiale à tous les groupes cibles de la population;

- assurer l'élargissement des services de santé familiale et de planification familiale;

- réaliser l'intégration des services de santé familiale et de planification familiale;

- favoriser la diversification des méthodes de contraception et faire passer le taux de prévalence contraceptive de 1,2 % à 11% d'ici 1997 et à au moins 60% d'ici l'an 2020;

- améliorer de façon notable la qualité des services de santé.

6. renforcer et développer des campagnes d'information et de sensibilisation pour l'extension du programme élargi de vaccination (PEV) afin d'atteindre une couverture vaccinale de 100% de la population vulnérable que constitue les enfants et les femmes en âge de procréer d'ici l'an 2000;

7. généraliser de la technique de traitement par la réhydratation orale (TRO) en cas de diarrhée chez les enfants et les jeunes;
8. renforcer le système de protection des personnes âgées et l'étendre progressivement à toute la population;
9. lutter contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles ;
10. développer et renforcer des programmes de forage et de traitement des eaux de surface et assurer une alimentation des population en eau potable;
11. développer et renforcer la médecine traditionnelle et l'intégrer à toutes les composantes des soins de santé primaires;
12. disposer des médicaments essentiels de façon permanente des médicaments essentiels;
13. sensibiliser les employeurs et les travailleurs au respect strict des dispositions légales en matière d'hygiène et de sécurité de travail;
14. lutter contre les endémies majeures;
15. Développer la participation communautaire dans la gestion des programmes sanitaires.

La réalisation de ces objectifs prioritaires de santé est de nature à assurer une meilleure qualité de vie aux citoyens maliens en les rendant plus aptes à accroître leur production et leur productivité et par voie de conséquence de trouver des réponses concrètes aux nombreux problèmes soulevés. Cela passe nécessairement par une approche de soins intégrés, multidisciplinaire et multidimensionnelle, et avec la pleine participation et responsabilisation des populations.

### III. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE :

L'atteinte des objectifs ci dessus évoqués, tout en se fondant sur l'approche communautaire et multisectorielle, les principes de l'Initiative de Bamako et de la décentralisation des capacités de planification et de gestion des services de santé, passe nécessairement par la mise en oeuvre des stratégies ci-après :

- 1 - la consolidation des réalisations positives des programmes et projets socio-sanitaires en cours ayant permis la réduction de la morbidité et de la mortalité; Cela, par la construction et la réhabilitation des infrastructures socio-sanitaires, l'approvisionnement en médicaments essentiels/consommables et matériels médico-techniques et la formation du personnel.

- 2 - l'extension de la couverture sanitaire et la qualité des services de santé. Il s'agit de rendre disponible et accessible la gamme d'activités essentielles et efficaces pour la prise en charge des problèmes prioritaire de santé grâce à une approche intégrée des soins (paquet minimum d'activités sanitaires couvrant les principales pathologies) dans toutes les structures sanitaires selon les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette gamme comporte :
- les soins curatifs y compris le contrôle des maladies sexuellement transmissibles/SIDA, et la santé scolaire,
  - les soins préventifs (vaccination contre les maladies cibles retenues dans le PEV, suivi nutritionnel des nourrissons, planning familial, consultations, suppléments en micro-nutriments pour les carences spécifiques....),
  - les activités promotionnelles (mobilisation sociale, l'Information-Communication-Education pour la Santé, hygiène du milieu et assainissement...);
- 3 - la création d'un réseau de centres de santé communautaires à la périphérie (CSCOM) et la revitalisation des services de santé permettant à la fois la disponibilité du paquet minimum des soins essentiels et le renforcement de la planification et de la gestion décentralisées au niveau des services de santé ; la stratégie vise à rapprocher le plus près que possible les soins des bénéficiaires et avec leur propre participation;
- 4 - le renforcement et le développement des structures sanitaires de référence avec un accent particulier sur la santé en matière de reproduction et planification familiale de même que l'action préventive contre la transmission sexuelle du VIH et la lutte contre le SIDA;
- 5 - l'intégration des différentes composantes de la Santé en matière de reproduction et Planification Familiale et du PEV dans les activités des structures sanitaires à travers le pays;
- 6 - la formation initiale et le développement de la polyvalence technique du personnel socio-sanitaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire; il s'agit également d'assurer une meilleure utilisation et une répartition rationnelle du personnel sanitaire de manière à réduire sinon éliminer les disparités régionales entre la capitale et le reste du pays ;
- 7 - la réorganisation des services de santé afin de rationaliser l'utilisation des moyens humains, financiers et matériels y compris la disponibilité des médicaments essentiels et des contraceptifs;

- 8 - l'application et la généralisation du système de recouvrement des coûts de santé et l'accroissement du taux d'accès aux soins de santé essentiels particulièrement au niveau des communautés ou catégories de la population qui ne sont pas encore des services;
- 9 - l'application d'un programme national d'hygiène et d'assainissement (évacuation des eaux usées et excréta, évacuation des eaux fluviales, gestion des déchets solides avec une attention toute particulière des ordures ménagères, hygiène alimentaire, lutte contre les vecteurs, hygiène de l'eau hygiène de l'habitat, hygiène de sécurité du travail, pollution de l'environnement, recherche opérationnelle...);
- 10- le développement d'un programme de solidarité nationale et des personnes âgées prenant en compte tous les aspects du développement sociale/et de protection des couches vulnérables et défavorisées;
- 11 -le renforcement de la collaboration inter-sectorielle de la santé associant le secteur public, le secteur communautaire, les organisations de la pyramide sanitaire.
- 12 -une meilleure sensibilisation, information, implication et responsabilisation de la population qui s'impose à tous les échelons de la pyramide sanitaire.
- 13 -une mobilisation accrue des ressources en faveur de la santé ; l'analyse des problèmes de morbidité et de mortalité nous a révèle la gravité de la situation et demande que beaucoup d'investissements soit effectué dans le secteur de la santé en vue d'inverser les tendances. Cela ne peut se faire dans le contexte actuel que par une mobilisation accrue de ressources en faveur de la santé à travers les sources nationales et internationales, bilatérales et multilatérales, non gouvernementales et privées.

Au cours des prochaines années, toute la priorité doit être accordée aux programmes sanitaires et sociaux visant à réduire la morbidité et la mortalité à travers la relance des soins de santé primaires, l'accélération de l'Initiative de Bamako, et la revitalisation des services de santé. Une proportion importante des bénéfices attendus de la croissance économique devra être investie dans le secteur de la santé afin de réaliser des progrès dans la lutte contre la morbidité et la mortalité élément de la lutte contre la pauvreté.

#### **IV. MECANISMES DE COORDINATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION :**

Le mécanisme global de coordination, de suivi et d'évaluation des actions de lutte contre la morbidité et la mortalité au niveau national est le Conseil National de Coordination des Programmes de Population (CONACOPP) et ses organes régionaux (le CORECOPP). Le CONACOPP étant un comité multi-sectoriel regroupant tous les départements techniques et les autres partenaires directement impliqués dans les questions de population.

Au sein du Département de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées directement concerné par les actions visant la lutte contre la morbidité et de la mortalité, il existe déjà des organes sectoriels de coordination.

#### 4. ELABORATION DES MODALITES D'EVALUATION :

L'évaluation des progrès en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité devra se faire sur le double plans interne et externe :

- Au plan interne, il s'agira de faire fonctionner efficacement les mécanismes internes du Ministère chargé de la Santé.
- Et au plan externe, c'est surtout la fonctionnalité des structures du CONACOPP qui aidera à mieux suivre les actions entreprises et dégager les orientations nouvelles sur la base des indicateurs de progrès et d'impact préalablement définis.
- **Aussi, la tenue des revues trimestrielles, semestrielles et annuelles sont de nature à faire l'évaluation des actions entreprises en matière de lutte contre la morbidité et la mortalité et de suivre les progrès accomplis.**

#### V. MOYENS A MOBILISER :

La lutte contre la morbidité et la mortalité, touchant surtout les problèmes de la survie de la population en général, exige une mobilisation importante de ressources.

Les programmes et projets de santé, exécutés efficacement, permettent d'aboutir à la réduction de la morbidité et de la mortalité et d'accroître le niveau de production et de productivité. Dans cette action sanitaire, il s'agit d'assurer un meilleur accès aux services de santé dans un contexte de justice sociale et d'équité pour la majorité de la population.

Par ailleurs, les efforts doivent tendre à l'élimination de toutes les formes d'inégalités sociales de manière à parvenir à une répartition équitable des ressources entre les différentes couches sociales et toucher davantage les franges les plus pauvres de la population.

Dans la démarche choisie, il est nécessaire de faire ressortir tous les programmes et projets de santé en cours d'exécution par les agences gouvernementales ayant bénéficié de financement partenaires au développement. Ensuite, il sera fait cas des actions nouvelles non encore entamées dont la mise en oeuvre prochaine aura des effets positifs dans la réduction de la morbidité et la mortalité au Mali.

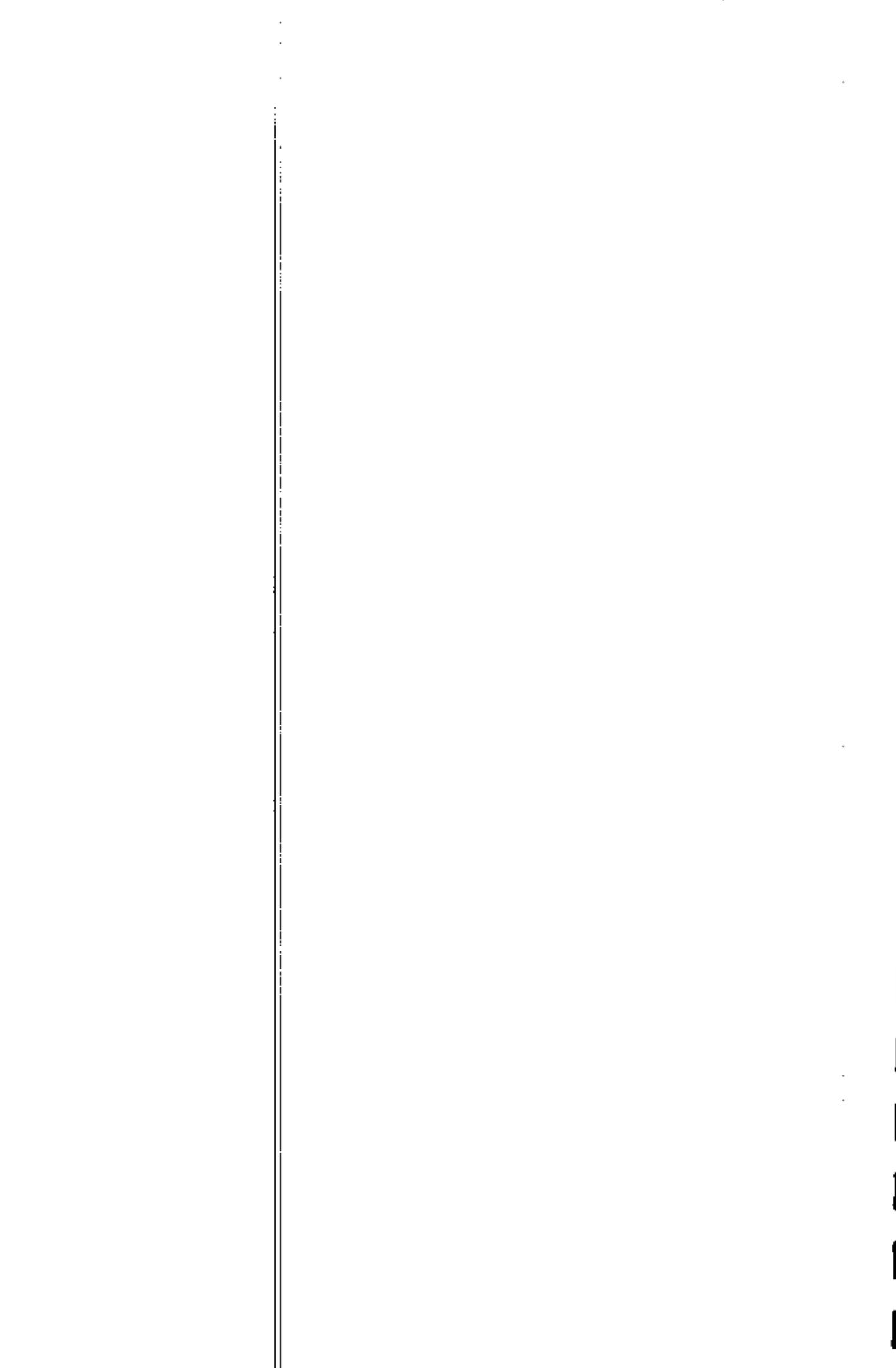


Il est à préciser que dans le coût des programmes, il a été tenu compte des coûts relatifs :

- au Personnel (salaires, indemnités et autres accessoires)
- aux Etudes et Recherches.

## **I.SANTE EN MATIERE DE REPRODUCTION**

***PROGRAMMES EN COURS D'EXECUTION POUR LA PERIODE  
1991-1999 VISANT LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE  
LA MORTALITE***



**TABLEAU DES PROGRAMMES EN COURS D'EXÉCUTION en F CFA**

Programmes et projets	Coût Période 1991/1999
<b>A/ Programme et projet en cours d'exécution visant la réduction de la morbidité et de la mortalité :</b>	
1. Projet santé, population et Hydraulique Rurale 1991/97 IDA, USAID, FED, KFW, FAC, BELGIQUE, UNICEF	23.209.200.000
2. Programme de santé Mali/UNICEF 1993/1997 de relance des soins de santé primaire.	5.821.200.000
3. Programme AFROPOC Mali/OMS 1993/1997 pour le Développement sanitaire national	2.646.000.000
4. Programme de rénovation de quatre établissements sanitaires ruraux en 6ème et 7ème Région Mali/BAD 1994/96.	6.500.200.000
5. Projet de construction de centres de santé dans les Régions de Mopti, Tombouctou et Gao Mali/BID 1994/96	2.030.000.000
6. Programme santé Mali/FED 1993/97 de lutte contre le SIDA, Santé, NORD Initiatives de santé non étatiques	1.848.000.000
7. Programme Mali/FNUAP pour les activités de population (Santé en matière de reproduction et P.F.) IEC, Collecte de données élaboration de politique, Femmes Population et développement 1993/1996.	1.965.600.000

**TABLEAU DES PROGRAMMES EN COURS D'EXÉCUTION en F CFA**

Programmes et projets	Coût Période 1991/1999
<b>A/ Programme et projet en cours d'exécution visant la réduction de la morbidité et de la mortalité :</b>	
8. Projet d'Action Sociale et Diversification de l'offre de Santé et Projets de soins de santé primaires, à Koulikoro, financement des hôpitaux Mali/France 1993/1996.	2.984.800.000
9. Projet de renforcement du Programme National de Santé en matière de reproduction et Planification Familiale MALI/FNUAP 1994-1997	841.467.360
10. Projet de distribution à base communautaire DBC USAID 1995-1999	4.352.000.000
11. Projet Basics Survie de l'Enfant USAID 1995-1997	272.000.000
12. Projet Mali/UNICEF Périnatalité Allaitement Maternel 1994-1997	363.037.360
13. Programme Elargie de Vaccination Mali/PNUD/OMS/UNICEF/FNUAP/ ROTARY INTERNATIONAL 1992/96	401.800.000
14. Coopération sanitaire Mali/Suisse pour le Développement des soins de Santé Primaires dans la Région de Sikasso 1995/1997	770.000.000
15. Coopération sanitaire Mali/PAYS BAS pour le Développement des soins de santé primaires dans les régions de Koulikoro, Ségou et Sikasso 1993/1997	4.324.000.000

**TABLEAU DES PROGRAMMES EN COURS D'EXÉCUTION en F CFA**

Programmes et projets	Coût Période 1991/1999
<b>A/ Programme et projet en cours d'exécution visant la réduction de la morbidité et de la mortalité :</b>	
<b>16.</b> Projet Mali/ALLEMAGNE 1993/1995 de : * soins de santé primaires dans la Région de Mopti (Bandiagara) * diffusion de foyers améliorés * promotion de techniques locales pour des activités génératrices de revenus	3.094.000.000
<b>17.</b> Programme National de lutte contre le SIDA Mali/PNUD/OMS/UNICEF/ FED/USAID/BANQUE MONDIALE/ FAC/FNUAP de 1992/1995.	2.350.600.000
<b>18.</b> Projet d'appui à la Surveillance épidémiologique MALI/ACDI 1993-1995	184.800.000
<b>19.</b> Programme de lutte contre l'onchocercose MALI/OMS/OCF 1997	1.386.000.000
<b>20.</b> Projet de Planification Familiale/Sida Groupe Pivot/Survie de l'enfant 1995-1999	815.892.108
<b>21.</b> Projet Distribution à base communautaire AMPPF 1995-1997	700.000.000
<b>22.</b> FASEF	pris en compte dans le PSPHR
<b>23.</b> Programme national de lutte contre la dracunculose Mali/PNUD/USAID/ UNICEF.	436.800.000

**TABLEAU DES PROGRAMMES EN COURS D'EXÉCUTION en F CFA**

Programmes et projets	Coût Période 1991/1999
<b>A/ Programme et projet en cours d'exécution visant la réduction de la morbidité et de la mortalité :</b>	
24. Programme de lutte contre la lèpre MALI/FONDATION RAOUL FOLLEREAU pour la période 1988/1993.	596.400.000
<b>TOTAL A</b>	<b>67.894.446.828</b>

**N.B. :** 1- Il est à noter pour mémoire le Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'enfant MSSPA dont les différentes composantes sont déjà prises en compte dans les programmes en cours.

2- Les coûts exprimés en F CFA sont indicatifs à raison de la conversion du taux de change des devises étrangères.

**CONCLUSION CONCERNANT LE TABLEAU DES PROGRAMMES**

Concernant la Santé en matière de reproduction et P.F., plus particulièrement les programmes visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le gouvernement malien dispose d'un vaste programme couvrant la période 1992-1999, financé à hauteur de 67.894.446.828 FCFA.

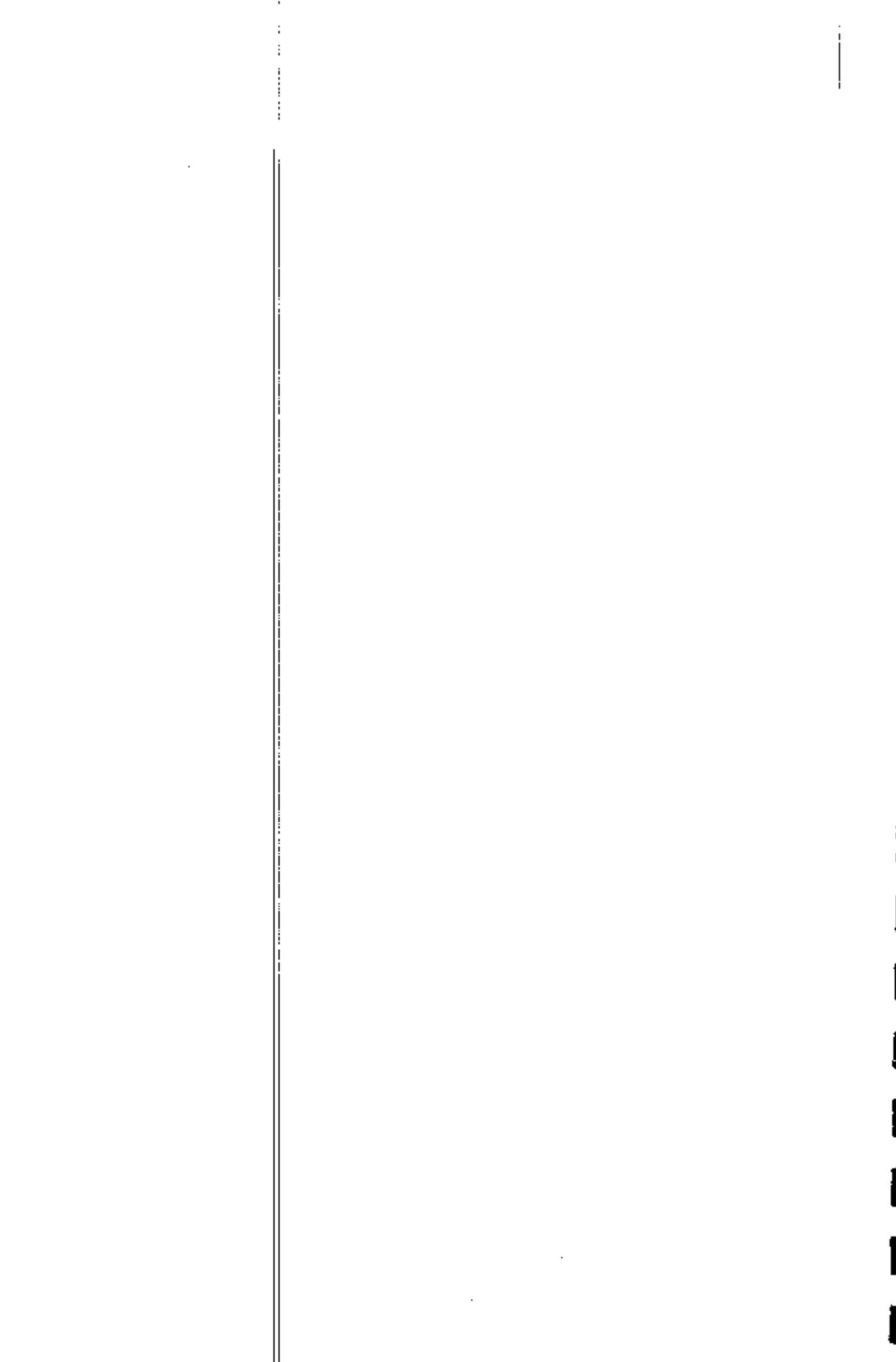
L'exécution de ces programmes permettra d'enregistrer quelques progrès notables en ce qui concerne la recherche la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. C'est pourquoi le gouvernement a choisi en ce qui concerne l'identification de nouveaux programmes de consolider les acquis et de privilégier quelques domaines complémentaires aux programmes en cours d'exécution ou dont le financement est déjà acquis.

Les domaines complémentaires sont :

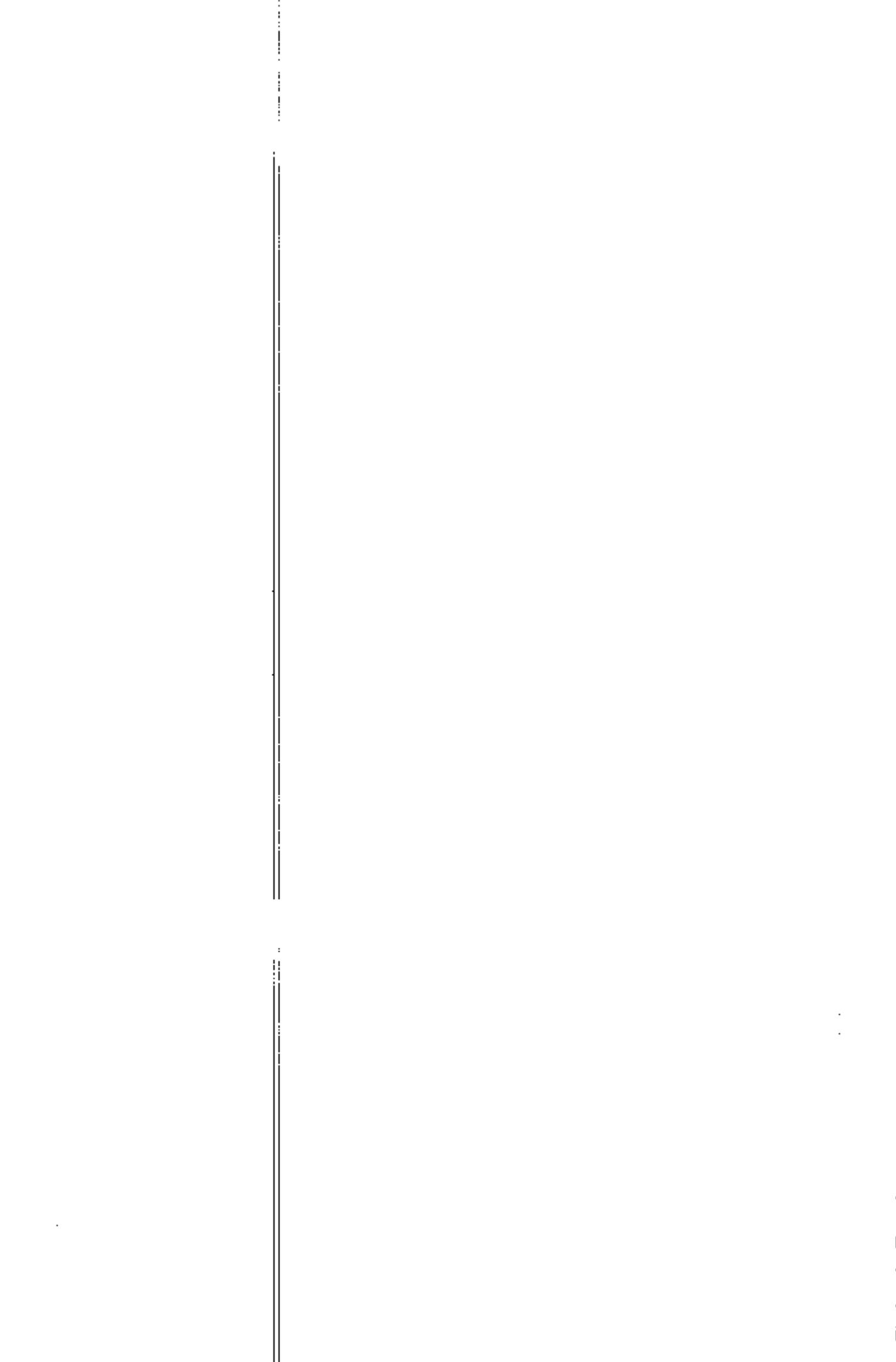
- l'hygiène et l'assainissement en milieu urbain et rural ;
- la mobilisation sociale pour la promotion de la santé pour tous.
- des actions en faveur des personnes âgées ;
- des programmes d'études et de recherches opérationnelles sur la morbidité et la mortalité ;

- des programmes d'amélioration des statistiques sanitaires ;
- l'évaluation et le suivi des actions entreprises.

Dans le cadre de ces orientations, un certain nombre de projets ont pu être identifiés et sont présentés pour financement à rechercher pour la période 1995-1999.



**A) NOUVEAUX PROGRAMMES VISANT LA  
REDUCTION DE LA MORTALITE  
MATERNELLE ET INFANTILE 1995-1999**



## **Projet N° 1 : Renforcement du programme de Santé en matière de reproduction et Planification Familiale**

L'évaluation faite du programme de Santé en matière de reproduction et P.F. 1988-1992 en soulignant les succès et les points faibles de ce dernier a indiqué que malgré les efforts consentis les besoins restent encore énormes en ce qui concerne les actions à entreprendre pour la santé maternelle et infantile.

Le niveau de développement des services de santé en matière de reproduction demeure encore peu satisfaisant la couverture sanitaire faible, et l'accès aux méthodes contraceptives modernes limité.

Cette situation a justifié un nouveau programme relatif au renforcement du système national de santé en matière de reproduction et planification familiale.

### **I. JUSTIFICATION**

Malgré les progrès accomplis à travers les différentes interventions sectorielles ayant jalonné les deux dernières décennies, le niveau de développement des services de SMI/PF demeure peu satisfaisant. La couverture sanitaire est faible et l'accès aux services de SMI/PF est limité à moins du tiers (30%) du groupe cible des mères et des enfants. L'accès aux services de PF est limité à 1 femme en âge de procréer sur 5 (20%) et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à 1 femme sur 20. Cette situation témoigne de la précarité de l'état de santé du couple mère - enfant et se traduit par la persistance de niveaux élevés de morbidité et de mortalité.

Le taux de mortalité maternelle (700 pour 100.000 naissances vivantes) et infantile (102‰) sont parmi les plus élevés de la sous-région Ouest-africaine. L'accès limité et la sous-utilisation des services de santé de base se traduisent par une forte prévalence de maladies infectieuses, parasitaire et carenciales.

La faiblesse du TPC contraste avec l'évolution de la demande des services de PF qui serait en hausse parmi les jeunes et dans les zones péri-urbaines et rurales du pays.

Les efforts consentis par le gouvernement et les partenaires au développement ont permis le développement d'une réelle capacité nationale de conception, d'exécution et d'évaluation des projets/programmes de Santé en matière de reproduction et P.F. Le soutien du gouvernement aux activités de santé maternelle et infantile ne s'est jamais démenti. Il a permis le renforcement des structures d'encadrement et de coordination des services de Santé en matière de reproduction et P.F. (création de la DSFC) et la clarification du cadre institutionnel des activités de population (formulation et adoption de la politique de population).

L'analyse de l'exécution du programme national de Santé en matière de reproduction et P.F. permet d'identifier les problèmes suivants :

- Faible couvertures sanitaire et nombre limité de centres offrant des services de PF intégrés à la Santé en matière de reproduction ;
- Insuffisance et mauvaise répartition du personnel formé à la prestation des services de Santé en matière de reproduction et Planification Familiale ;
- Accès limité et sous-utilisation des services de Santé en matière de reproduction et P.F. par les mères et les enfants;
- Persistance de mauvais indicateurs de santé en matière de reproduction ;
- Faible niveau général de connaissance de la contraception moderne parmi les femmes en âge de procréer, les jeunes et la population ;
- Niveau très bas et faible augmentation du TPC ;
- Impact limité des activités IEC sur l'augmentation de la demande des services de PF ;
- Faiblesse du niveau général d'équipement des centres de Santé en matière de reproduction et P.F. et de leur approvisionnement en ME et contraceptifs ;
- Décalage entre le niveau de la demande et le faible volume de l'offre des services de PF.

La présente requête de projet adressée par le Gouvernement du Mali au Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) vise à apporter des solutions aux problèmes ci-dessus énumérés et à assister le gouvernement dans la mise en oeuvre de la politique nationale de population dans ces volets relatifs à la maîtrise de la croissance démographique et à la réduction de la mortalité et de la morbidité.

Le projet fera bénéficier les femmes de 15 ans et plus et les enfants de 0-14 ans des Cercles retenus soit environ 300.000 femmes et 700.000 enfants.

Le projet se propose d'intervenir dans une zone couvrant 8 cercles et 46 arrondissements répartis dans 4 régions du pays selon le schéma suivant :

## 1. REGION DE KAYES

- CERCLE DE BAFOULABE avec 8 arrondissements (Bafoulabé, Bamafalé, Diakon, Diallan, Koundia, Mahina, Oualia, Oussoubidiagna).
- CERCLE DE DIEMA avec 5 arrondissements (Diéma, Béma, diagounté-camara, Dioumara, Lakamané).

**NB:** Dans la région de Kayes nous avons environ 316.660 femmes de 15 ans et plus. Ainsi pour les 2 cercles cela fait environ 90.474.

## 2. REGION DE SIKASSO

- CERCLE DE YANFOLILA avec 8 arrondissements (Yanfolila, Doussoudiana, Filamana, Guelenikoro, Kalana, Kangaré, Siékorolé, Yorobougoula).
  - CERCLE DE YOROSSO avec 4 arrondissements (Yorosso, boura, Koury, Mahou).
- NB :** La Région de Sikasso a 353.712 femmes de 15 ans et plus soit environ 10.106 pour les 2 cercles.

## 3. REGION DE TOMBOUCTOU

- CERCLE DE TOMBOUCTOU avec 5 arrondissements (Tombouctou, Aglal, Ber, Bourem-Inaly, Tim-aguehaj).
  - CERCLE DE GOUNDAM avec 8 arrondissements (Goundam, Bintagougou, Douékiré, Farach, Gargando, Raz El Ma, Tilemsi, Tonka).
- NB:** La Région de tombouctou compte environ 143.628 femmes de 15 ans et plus soit environ 57.452 pour les 2 cercles.

## 4. REGION DE GAO

- CERCLE DE BOUREM avec 4 arrondissements (Bourem, Bamba, Témera, Amoustarat).
  - CERCLE D'ANSONGO avec 4 arrondissements (Ansongo, Talataye, Tessit, Ouatagouna).
- NB:** La Région de Gao compte 111.209 femmes de 15 ans et plus, soit environ 44.484 pour les 2 cercles.

Il faut noter que ces localités ont été choisies par les responsables régionaux pour éviter une duplication dans l'assistance des différents partenaires au développement. Chacun aura à élaborer son plan de développement qui sera la base pour la mise en oeuvre des activités.

Dans sa zone d'intervention le projet vise à :

- Consolider les acquis des phases précédentes et assurer la continuité dans la mise en oeuvre du programme national de Santé en matière de reproduction et P.F. (Kayes et Sikasso) et à étendre les services de prestations et d'IEC dans les Régions du Nord jusque-là délaissées en matière de promotion de la P.F intégrée à la SMI ;
- créer les conditions propices à la mise en oeuvre de la politique nationale de population ;
- améliorer la qualité et le volume des services de Santé en matière de reproduction et P.F. offerts aux populations;
- promouvoir le développement de nouvelles approches de prestations de services de PF (DBC) ;
- renforcer les compétences techniques du personnel, le niveau d'équipement des centres de Santé en matière de reproduction et P.F. et l'efficacité de leur système d'approvisionnement ;
- renforcer les structures d'encadrement des services de Santé en matière de reproduction et P.F. au niveau régional et du cercle ;
- soutenir et encadrer les initiatives communautaires d'information, éducation et sensibilisation en matière de PF et de santé familiale ;
- améliorer la gamme des méthodes contraceptives offertes aux utilisateurs ;
- promouvoir la participation des adolescents et des hommes au programme de PF.

Des Médecins d'appui Santé en matière de reproduction et P.F. devraient être recrutés pour renforcer les équipes régionales afin de suivre minutieusement l'exécution des activités du projet pour une meilleure atteinte des objectifs fixés.

L'assistance demandée et les activités projetées s'inscrivent dans le cadre du troisième programme d'assistance en matière de population que le FNUAP finance au Mali pour la période 1994-1997.

Dans le domaine de la Santé en matière de reproduction et P.F., ce programme vise principalement à :

- i) accroître l'utilisation des méthodes contraceptives modernes parmi les femmes en âge de procréer en faisant passer le TPC de 1,2% en 1987 (EDS/Mali) à 11% en 1997 et ;
- ii) réduire le taux de mortalité maternelle de 700 à 500 pour 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile de 102 à 70‰ en 1997.

Le projet sera exécutée en coordination et en complémentarité avec le Projet Santé, population et Hydraulique Rurale (PSPHR) financé par l'IDA, le FED, le FAC, la GTZ et l'USAID, le programme de Relance des Soins de Santé Primaires (SSP) financé par l'UNICEF et les projets sectoriels financés par l'USAID.

La mise en oeuvre du projet se fera conformément aux orientations de la politique nationale de population, de la stratégie nationale de Planification Familiale et de la stratégie de décentralisation des services de santé. Elle bénéficiera aux femmes en âge de procréer et aux enfants, aux jeunes, aux familles maliennes, au personnel de santé et à la population en général. Au Mali le taux de femmes de 15 ans et plus est de 46,8% de la population et celui des enfants de 0 - 14 ans est de 46 % de la population.

Ce document de projet a été élaboré par la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) avec l'assistance de l'Equipe Régionale d'Appui Technique du FNUAP à Dakar (CST 1), avec aussi la participation du Directeur Adjoint de la santé, le Représentant de la Cellule de Planification et Statistiques, des Responsables sanitaires des Régions concernées et du représentant du projet Santé, Population et Hydraulique Rurale. D'autre part la première mouture de document a fait l'objet d'exposé sous la présidence du Conseiller en Santé Publique du Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées en présence d'autres personnes ressources et des Représentants de nos partenaires au développement (MOS, US-AID, UNICEF).

## II. OBJECTIFS

### 2.1 Objectifs à long terme :

1. Contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle au Mali de 700 à 500 pour 100.000 naissances et de mortalité infantile de 102 à 70‰) d'ici fin 1997 ;
2. Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par le développement des services de PF dans les 8 Cercles du Projet d'ici fin 1997.

## **2.2 Objectifs immédiats :**

Les données en planification Familiale désagrégées au niveau Cercle et Arrondissement ne sont pas disponibles présentement, à cet effet, seront utilisés les données de l'enquête Santé et Démographie Mali 1987 (EDS '87) qui concernent les femmes en union en milieu rural.

Cependant, il est prévu une EDS 1994 qui se propose de donner la situation par Cercle (enquête financée à travers le PSPHR), ce qui nous permettra de mieux préciser les objectifs immédiats par Cercle en fin 1994.

Les objectifs immédiats ont été regroupés en 4 objectifs qui sont :

1. contribuer à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union en milieu rural de 2,3 (EDS 1987) à 11% en 1997 (objectifs National).
2. Mettre en oeuvre un programme d'IEC de soutien à la PF en vue d'augmenter le taux de connaissance d'au moins une méthode de contraception chez les femmes en union du milieu rural de 36,4% (EDS Mali 1987), à 80% en 1997 (Objectif National).
3. Contribuer au renforcement des capacités techniques du personnel pour les prestations des services intégrés de Santé en matière de reproduction et PF par la formation de médecine (16), Sages-femmes (25), Infirmiers d'Etat (59), Techniciens de Développement Communautaire (8), Matrones (92), Accoucheuses Traditionnelles (30) et animateurs DBC (150).
4. Contribuer à la création d'une base de données fiables en Santé en matière de reproduction et PF par l'information des données recueillies dans les 8 Cercles du projet.

## **III. STRATEGIE ET ACTIVITES**

### **3.1 Stratégies**

Les orientations stratégiques retenues pour la poursuite des objectifs du projet sont:

1. Le renforcement de la base de prestation des services cliniques de PF par
  - a) l'intégration de la PF dans toutes les formations sanitaires fixes disposant d'un personnel ayant un niveau de formation de base comptable avec la prestation des techniques de PF ;

- b) le renforcement des services de PF dans les centres où ils sont déjà offerts ;
  - c) l'appui au développement des services de contraception chirurgicale (CCV et Norplant). Les axes d'interventions proposés sont :
    - la rénovation des locaux destinés à la prestation des services intégrés de Santé en matière de reproduction et PF sur la base d'un inventaire de besoins et de coûts proforma préalablement établis;
    - la fourniture de l'équipement de base pour la prestation des services de Santé en matière de reproduction et PF sur la base des listes standards d'équipement/matériels établies par la DSFC ;
    - l'approvisionnement en contraceptifs et la mise à disposition des outils de gestion et des supports d'IEC en pf ;
    - la formation/recyclage du Personnel technique et d'encadrement des services de Santé en matière de reproduction et PF en technologie contraceptive, IEC, SIS et gestion/supervision des services.
2. L'extension de la base non clinique de prestation des services de PF par le développement des services de distribution à base communautaire de contraceptifs (DBC) dans 45 villages des régions de Kayes et Sikasso.

La mise en oeuvre de cette stratégie se fera sur la base de l'expérience acquise par la DSFC dans l'exécution du projet pilote de DBC lancée il y a deux ans dans les cercles de Sikasso, Kadiolo et Kolondiéba avec l'appui technique de Population Council. Les interventions porteront sur :

- le recrutement, la formation et l'approvisionnement des animateurs/distributeurs communautaires ;
- la formation du personnel des CSA, CESCO et/ou dispensaires ruraux (DR) pour le suivi et la supervision des services de DBC ;
- le développement d'un système de référence/recours entre les formations sanitaires et les sites de DBC ;
- l'appui aux activités de recherche opérationnelle (enquêtes CAP/DBC) en vue d'évaluer l'acceptabilité et l'impact de ce type de prestation de services de PF et de favoriser sa vulgarisation dans tout le pays.

3. L'amélioration de la qualité des prestations de Santé en matière de reproduction et PF et de la performance du programme national de Santé en matière de reproduction et PF par :
  - la mise en œuvre au niveau de toute les formations sanitaires de la zone du projet, de la stratégie de réorganisation des services de Santé en matière de reproduction et PF développée par la DSFC et son extension progressive à l'ensemble des composantes des CSA et CSCOM ;
  - le renforcement des compétences techniques du personnel grâce à la formation, au recyclage et aux stages pratiques en clinique ;
  - l'amélioration du niveau et de la qualité de l'équipement de base des services de Santé en matière de reproduction et PF et de leur approvisionnement en contraceptifs et médicaments essentiels à visé Santé en matière de reproduction ;
  - le renforcement des capacités opérationnelles des structures d'encadrement des services de Santé en matière de reproduction et PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour un suivi et une supervision effectifs des activités sur le terrain ;
  - la réactualisation/diffusion des normes , et standards des services de SMI/PF et des supports du SIS ;
  - l'institutionnalisation de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données de Santé en matière de reproduction et PF comme outil de gestion des services et de prise de décisions opérationnelles.
4. L'accroissement de la demande de services de PF et l'élévation du niveau de connaissance de la PF parmi la population cible de la zone du projet grâce à un programme IEC/PF bâti autour des axes suivants :
  - la formation du personnel sanitaire aux techniques de counselling, de motivation de groupe et de communication interpersonnelle en PF et la vulgarisation de celles-ci dans les séances d'éducation pour la santé (EPS) au niveau de toutes les formations sanitaires ;
  - l'élaboration et l'exécution d'un programme d'éducation par les médias de masse (TV, radios publique et privée, radio rurale, presse écrite) centré sur la PF, l'espace des naissances et le bien-être familial et ciblant les zones urbaines et rurales ;

- l'appui à l'animation communautaire à travers les organisations non-gouvernementales (ONG), les groupements associatifs, les collectivités rurales et les agents de santé communautaire (ASC) ;
- l'élaboration et la diffusion des supports d'IEC en PF Santé en matière de reproduction et PF adaptés au contexte culturel local.

La stratégie proposée pour le renforcement du programme national de Santé en matière de reproduction et PF vise à :

- a) accroître l'offre des services de PF intégrés à la Santé en matière de reproduction par l'augmentation du nombre de points de prestation de services de PF (centres Santé en matière de reproduction et PF, site DBC) ;
- b) améliorer la disponibilité et la qualité des services de Santé en matière de reproduction et PF leur accessibilité et leur utilisation ;
- c) soutenir la demande et élever le niveau de connaissance et d'acceptation de la PF parmi la population et ;
- d) favoriser le développement de la PF qui demeurent la composante la plus faible des services de Santé en matière de reproduction.

L'axe principal d'intervention est le développement des services de Pf aux échelons périphériques de la pyramide sanitaire première étape d'un processus de décentralisation qui devrait à terme sortir la PF de son confinement urbain et favoriser l'accès des populations rurales à la pratique contraceptive.

III. Le cadre institutionnel du projet est la Division de la Santé Familiale et Communautaire du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées en collaboration avec l'OMS.

IV. Durée d'exécution du projet :

Le projet est prévu pour 3 ans et doit démarrer en septembre 1994.

V. Présentation du Budget

**BUDGET PROJET COUVRANT LA CONTRIBUTION FNUAP (EXECUTION FNUAP et OMS).**

LIGNE BUDGETAIRE	1994	1995	1996	1997	TOTAL
<b>10. Elément Personnel</b>	-	3.000	3.500	3.500	10.000
12.01 Consultants	-	-	-	-	-
15.02 Mission FNUAP/BKO et NEW YORK	500	4.000	1.000	4.000	9.500
15.03 Mission SCT/DAKAR	-	2.000	2.000	2.000	6.000
<b>Sous/Total</b>	<b>500</b>	<b>9.000</b>	<b>6.500</b>	<b>9.500</b>	<b>25.500</b>
<b>30. Elément Formation (avec collaboration OMS)</b>	-	-	-	-	-
31.01 Gestion SSP/PF DAKAR	-	17.187	20.626	17.187	55.000
31.02 Technologie contraceptive Dakar...	-	6.000	9.000	6.000	21.000
31.03 Système d'information Santé en matière de reproduction et PF/BKO	-	2.500	-	-	2.500
	-	12.000	-	-	12.000
31.04 Santé en matière de reproduction et PF-CIE/PARIS.	-	7.800	7.800	-	15.600
	-	-	-	-	16.500
31.05 Evaluat <sup>n</sup> Economique Prog/Santé CIE/PARIS.	16.500	7.800	3.900	3.900	15.600
31.06 Gestion Prog/Santé BOSTON	-	23.250	23.250	-	46.500
31.07 Format/P.F-TUNIS	-	11.750	11.750	-	23.500
31.08 Format/P.F-BRUXELLES	-	-	-	-	-
31.09 Format/P.F-ILE MAURICE	-	-	-	-	-
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>16.500</b>	<b>88.287</b>	<b>76.326</b>	<b>27.087</b>	<b>208.200</b>
<b>42. Matériel Non Consommable</b>	-	-	-	-	-
42.01 Matériel informatique	35.000	-	-	-	35.000
42.02 Equipement Médical	30.000	60.000	40.000	-	130.000
42.03 Equipement Audio-visuel	-	50.000	-	-	50.000
42.04 Véhicules/Motos	120.000	-	-	-	120.000
42.05 Matériel didactique	7.500	7.500	-	-	15.000
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>192.500</b>	<b>117.500</b>	<b>40.000</b>	<b>-</b>	<b>350.000</b>
<b>44. Contraception</b>	-	-	-	-	-
44.02 Euginon	15.000	17.000	20.000	23.000	75.000
44.04 Dépo-Provera	18.000	20.000	25.000	27.000	90.000
44.05 Néo-Sanipoon	7.000	8.000	8.000	8.000	31.000
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>40.000</b>	<b>45.000</b>	<b>53.000</b>	<b>58.000</b>	<b>196.000</b>
<b>50. Elément Divers</b>	-	-	-	-	-
54. Vérification des comptes	-	2.000	2.000	2.000	6.000
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>2.000</b>	<b>2.000</b>	<b>2.000</b>	<b>6.000</b>
<b>TOTAL EXECUTION FNUAP ET OMS</b>	<b>249.500</b>	<b>261.787</b>	<b>177.826</b>	<b>96.587</b>	<b>785.700</b>

**BUDGET COUVRANT LA CONTRIBUTION FNUAP (Exécution Gouvernement)**

LIGNE BUDGETAIRE	1994	1995	1996	1997	TOTAL
<b>10. Elément Personnel</b>					
13.01 Chauffeur (2) + Secrétaire (1)	1.945	2.585	2.585	2.585	9.700
13.02 Autres frais Administratifs	300	1.100	1.100	1.000	3.500
15.01 Voyage/Mission Personne Projet.....	5.000	10.000	12.500	12.500	40.000
16.01 Consult. Médic.	5.415	10.695	10.695	10.695	37.500
<b>Sous-Total</b>	<b>12.660</b>	<b>24.380</b>	<b>26.880</b>	<b>26.780</b>	<b>90.700</b>
<b>20. Elément Sous/Traitance</b>					
22.01 ORTM	1.000	3.000	3.000	3.000	10.000
22.02 Radios Rurales	-	2.000	2.000	1.000	5.000
22.03 CN/ECS	-	3.000	4.000	3.000	10.000
22.04 ONG/Groupe Associat.	-	1.000	2.000	2.000	5.000
22.05 AMPPF	-	10.000	-	-	10.000
<b>Sous-Total</b>	<b>1.000</b>	<b>19.000</b>	<b>11.000</b>	<b>9.000</b>	<b>40.000</b>
<b>24. Recherche</b>					
24.01 Méthodes traditionnelles	5.500	9.500	-	-	15.000
24.02 Sexualité adolescents	-	15.000	-	-	15.000
24.03 Mortalité Maternelle	-	15.000	-	-	15.000
25.01 Evaluations	-	6.500	-	6.500	13.000
<b>Sous-Total</b>	<b>5.500</b>	<b>46.000</b>	<b>-</b>	<b>6.500</b>	<b>58.000</b>
<b>32. Séminaires/Ateliers</b>					
32.01 Atelier Formation Méd. en Gestion contraceptive	-	6.500	-	-	6.500
32.02 Atelier Formation Personnel en P.F.....	-	-	12.500	-	12.500
32.03 Atelier Formation change S.I.S. ....	-	-	8.000	-	8.000
32.04 Formation/Atelier ATS en .EC	-	7.800	3.900	3.900	15.600
32.05 Atelier Formation TDC en IEC/OBC	-	6.500	-	-	6.500
32.06 Atelier/Formation Matrices en PF/EC	-	3.125	3.125	6.250	12.500
32.07 Atelier/Formation ATS en PF/Gestion	-	3.125	3.125	6.500	12.500
32.08 Atelier/Formation Animation DBC en Tech/Animation	-	11.600	11.600	7.800	31.000
<b>Sous-Total</b>	<b>-</b>	<b>38.650</b>	<b>42.250</b>	<b>24.200</b>	<b>105.100</b>

(SUITE)

LIGNE BUDGETAIRE	1994	1995	1996	1997	TOTAL
<b>3. Réunions</b>					
3.01 Rencontre Internat. Responsables P F .....	2.000	2.000	2.000	2.000	8.000
3.02 Journées Médicales Africaines Santé en matière de reproduction et PF .....	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
3.03 Autres Rencontres PF	-	8.000	8.000	8.000	24.000
Sous-Total	3.000	11.000	11.000	11.000	38.000
<b>4. Voyages d'études</b>					
4.01 TUNIS	-	7.000	-	-	7.000
4.02 GUINEE	-	7.000	-	-	7.000
4.03 TOGO	-	-	7.000	-	7.000
Sous-Total	-	14.000	7.000	-	21.000
<b>0. Elément Matériel</b>					
1.98 Matériel consommable	4.000	16.000	16.000	10.000	46.000
Sous-Total	4.000	16.000	16.000	10.000	46.000
<b>2. Matériel Non consommable</b>					
2.06 Equipement Bureau	-	21.750	21.750	-	43.500
Sous-Total	-	21.750	21.750	-	43.500
<b>13. Locaux</b>					
13.01 Rénovation locaux	-	30.000	30.000	15.000	75.000
Sous-Total	-	30.000	30.000	15.000	75.000
<b>44. Contraception</b>					
44.98 Médicaments SMI/PP	-	25.000	25.000	-	50.000
Sous-Total	-	25.000	25.000	-	50.000
<b>50. Eléments Divers</b>					
51. Maintenance/Opération	6.200	18.000	18.400	18.400	60.000
52. Rapports/Frais impression	8.000	8.000	10.000	10.000	34.000
53. Divers	2.874	5.653	4.193	2.595	15.315
Sous-Total	14.074	31.653	32.593	30.995	109.315
<b>TOTAL EXECUTION GOUVERNEMENT</b>	<b>40.234</b>	<b>277.433</b>	<b>223.473</b>	<b>133.475</b>	<b>674.615</b>

TOTAL GENERAL CONTRIBUTION FNUAP (exécution FNUAP, OMS, Gouvernement)

785.700 + 674.615 = 1.460.315 dollars US

Soit : 794.411.360 FCFA (1 dollar = 544 F CFA).

**BUDGET DU PROJET COUVRANT LA CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT**

N°	NATURES DES DEPENSES	EXERCICES			1997	TOTAL
		1994	1995	1996		
1	Salaires et indemnités	5.327.850	15.983.545	15.983.545	15.983.545	53.278.485
2	Equipement et fourniture de bureau	1.105.330	3.316.000	3.316.000	3.316.000	11.053.330
3	Carburant/entretien véhicules	1.005.915	3.017.750	3.017.750	3.017.750	10.059.165
4	Impression/entretien matière	104.165	312.500	312.500	312.500	1.041.665
5	Divers (Abonnement + habillement)	164.330	493.000	493.000	493.000	1.643.330
<b>TOTAUX</b>		<b>7.707.590</b>	<b>23.122.795</b>	<b>23.122.795</b>	<b>23.122.795</b>	<b>77.075.975</b>

**LE FINANCEMENT RECHERCHE EST DE 794.411.360 F CFA**

**LA CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT EST DE 77.075.975 F CFA**

**Une requête a déjà été transmise au FNUAP.**

## PROJET 2 : ETUDE SUR LA NUTRITION

### JUSTIFICATION :

L'état nutritionnel d'une population est un excellent indicateur non seulement de son niveau de vie, mais aussi du niveau de développement général du pays. Un peuple sous-alimenté ou malnutri peut difficilement extérioriser son potentiel de production. Or sans production, il n'y a ni consommation de biens et services, ni accumulation de ressources à réinvestir, a fortiori de progrès économique.

Le Mali aujourd'hui est un des pays les moins avancés de la planète, où les besoins en énergie de l'homme ne sont couverts qu'à 68% par la production nationale. Le plus dramatique, c'est que ces 68% cachent mal la réalité, dans la mesure où une forte proportion de la population, et surtout les couches les plus sensibles (enfants femmes et personnes âgées) sont loin d'obtenir 68% de leurs besoins en énergie dans leur ration journalière. Bien souvent cela est dû aussi bien à un manque de moyens matériels qu'à une méconnaissance des normes alimentaires. Cette méconnaissance dénote la nécessité pour les autorités de maîtriser d'abord la situation, pour identifier les goulots d'étranglement et préconiser des solutions durables.

Cette étude entre dans le cadre d'un plan d'action sur la nutrition.

### OBJECTIFS DE L'ETUDE: L'Etude a pour but :

- d'identifier toutes les formes de malnutrition et leurs différentes manifestations ;
- d'identifier les groupes cibles les plus touchés par les problèmes de malnutrition ;
- de dégager des mesures d'actions susceptibles d'être prises en compte dans l'élaboration des politiques sectorielle du gouvernement.

### MISE EN OEUVRE:

La réalisation de l'étude sera confiée au Ministère chargé de la santé publique, qui engagera les compétences nécessaires pour le faire.

L'étude proprement dite sera menée en milieu urbain et en milieu rural et prendra en considération les couches les plus défavorisées.

L'étude doit durer 12 mois afin qu'elle puisse tenir compte de la variation de l'état nutritionnel au cours des différentes périodes de l'année, les mouvements de migration interne, les niveaux de production, ainsi que le degré d'enclavement ou d'ouverture de chaque zone.

**Coordination** : la mise en oeuvre de l'étude nécessitera la mobilisation de compétence de différents horizons ; nutritionnistes, médecins, sociologues, statisticiens, animatrices rurales, spécialistes du développement rural. Mais étant donné que la base de l'étude est l'enquête, la coordination pourra être confiée à la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

**Résultats attendus** : l'étude devra aboutir :

1. Actualisation de la carte de nutrition du Mali par zone géographique (ou agro-écologique) par type de consommateur et par couche de la population ;
2. Proposition d'actions pouvant être intégrées dans les politiques sectorielles du gouvernement.
3. Proportion de rations types par couche de la population, et basée dans un premier temps sur les productions autochtones ;
4. Recommandations quant à l'amélioration et la diversification des productions agricoles par zone pour faire face aux besoins énergétiques de la ration préconisée ;
5. formulation d'une politique de nutrition à long terme, tenant compte de la dynamique interne de la population.

Etant donné que l'étude aura en son sein une composante "ANIMATION ET FORMATION", elle devra lever l'équivoque, là où c'est nécessaire, concernant certains "tabous" alimentaires qui n'ont aucune base scientifique ou religieuse.

**COUT:**

L'étude devra mobiliser toute une équipe de chercheurs, de technologues, de spécialistes du développement, et d'enquêteurs. Les moyens logistiques, sous forme de deux véhicules tout terrain et huit motos (une par région) ne devront pas faire défaut. Tout ceci nécessitera les moyens financiers ci-après :

**PRESENTATION DU BUDGET : étude sur la nutrition :**

Coordinateur (12h/m)	13.963.650
Chercheurs et spécialistes (24h/m)	20.574.000
Enquêteurs (276h/m)	21.031.200
Soutien aux activités nutritionnelles	248.400.000
Moyens logistiques (fonctionnement)	3.385.600
Matériel de bureau	1.764.000
Assistance administrative (secrétariat)	1.143.000
Expérimentation	6.350.000
analyse - rapport	4.445.000
<b>Sous-Total</b>	<b>321.056.450</b>
Imprévus	48.158.468
<b>Total général</b>	<b>369.214.918</b>

**Financement recherché 369.214.918 Francs CFA.**

**I. JUSTIFICATION :**

La mortalité maternelle au Mali fait partie des plus élevées de l'Afrique subsaharienne. Selon certaines sources, entre autres l'enquête (KBK) environ 20,7% des décès féminins étaient en rapport avec une grossesse ou un accouchement. La plupart des données disponibles sont d'origines hospitalières et sont parfois très divergentes en ce qui concerne leur qualité scientifique.

La protection de la mère et de l'enfant dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique nationale de population nécessite l'identification et l'exécution conséquente d'une étude approfondie sur le décès maternel pour plusieurs raisons dont les plus importantes sont:

1. le niveau élevé du décès maternel a une incidence sur la mortalité générale dans le pays ;
2. le nombre de décès maternel dénote la qualité des infrastructures socio-sanitaires (Hôpitaux, dispensaires etc...) et aussi la compétence du personnel médical.
3. Le décès maternel a un effet sur la mortalité infantile et juvénile etc....

Les informations disponibles énumèrent plusieurs causes pour ces décès :

- le mauvais/et ou absence de suivi médical de femmes en grossesse
- la surcharge d'activités des femmes en grossesse surtout en milieu péri-urbain et rural ;
- le faible taux de couverture sanitaire du pays 15 à 20% ;
- la malnutrition et carence en vitamine ;
- la maternité précoce et ou tardive surtout en milieu rural.
- Absence de programme de formation et de perfectionnement des accoucheuses traditionnelles.

**II. OBJECTIFS :**

Les recherches qui seront effectuées dans le cadre de cette étude permettront d'obtenir les résultats suivants :

- Mesurer le niveau réel de la mortalité maternelle dans les structures socio-sanitaires;
- Déterminer les causes de la mortalité maternelle et l'importance de chaque cause dans le niveau de la dite mortalité dans les structures socio-sanitaires ;

- Proposer des axes d'intervention en vue de réduire le niveau de la mortalité maternelle et par conséquent améliorer les conditions de vie de la mère et de l'enfant etc...

### III. CONTENU:

Les études seront effectuées dans les structures socio-sanitaires, rurales et urbaines du Mali.

L'opération comprend les étapes suivantes :

#### 1. Sélection des structures couvertes par l'étude.

- Type
- Capacité
- Qualification personnel
- Equipement
- Année de mise en service
- Autres.

#### 2. Formation du personnel chargé de la collecte des données.

#### 3. La fiche de collecte doit comporter les paramètres ci-après :

- Nom et Prénom
- Age
- Etat matrimoniale
- Parité
- Nombre d'enfants vivants
- Autres
- Nombre d'enfants décédés
- Causes
- Moment du décès pendant la grossesse et l'accouchement.

#### 4. Formation du Personnel chargé du dépouillement des supports de collecte.

#### 5. Exploitation informatique

#### 6. Analyse des résultats

#### 7. Publication.

### IV - DUREE DE L'ETUDE : Un (1) an

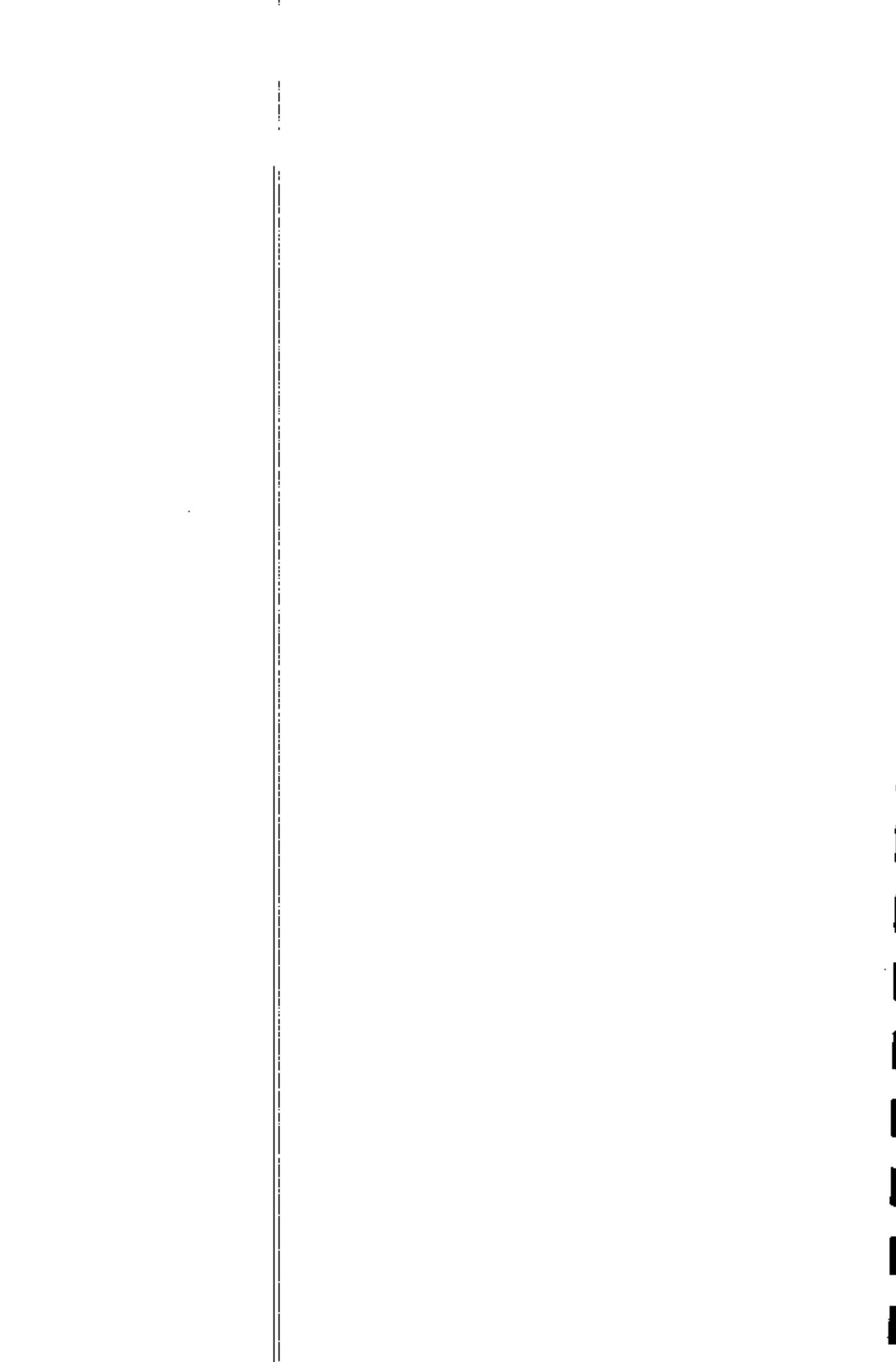
### V - COORDINATION :

Le Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales de la Solidarité et des Personnes Agées sera le cadre institutionnel de cette étude qui sera effectuée en rapport avec la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

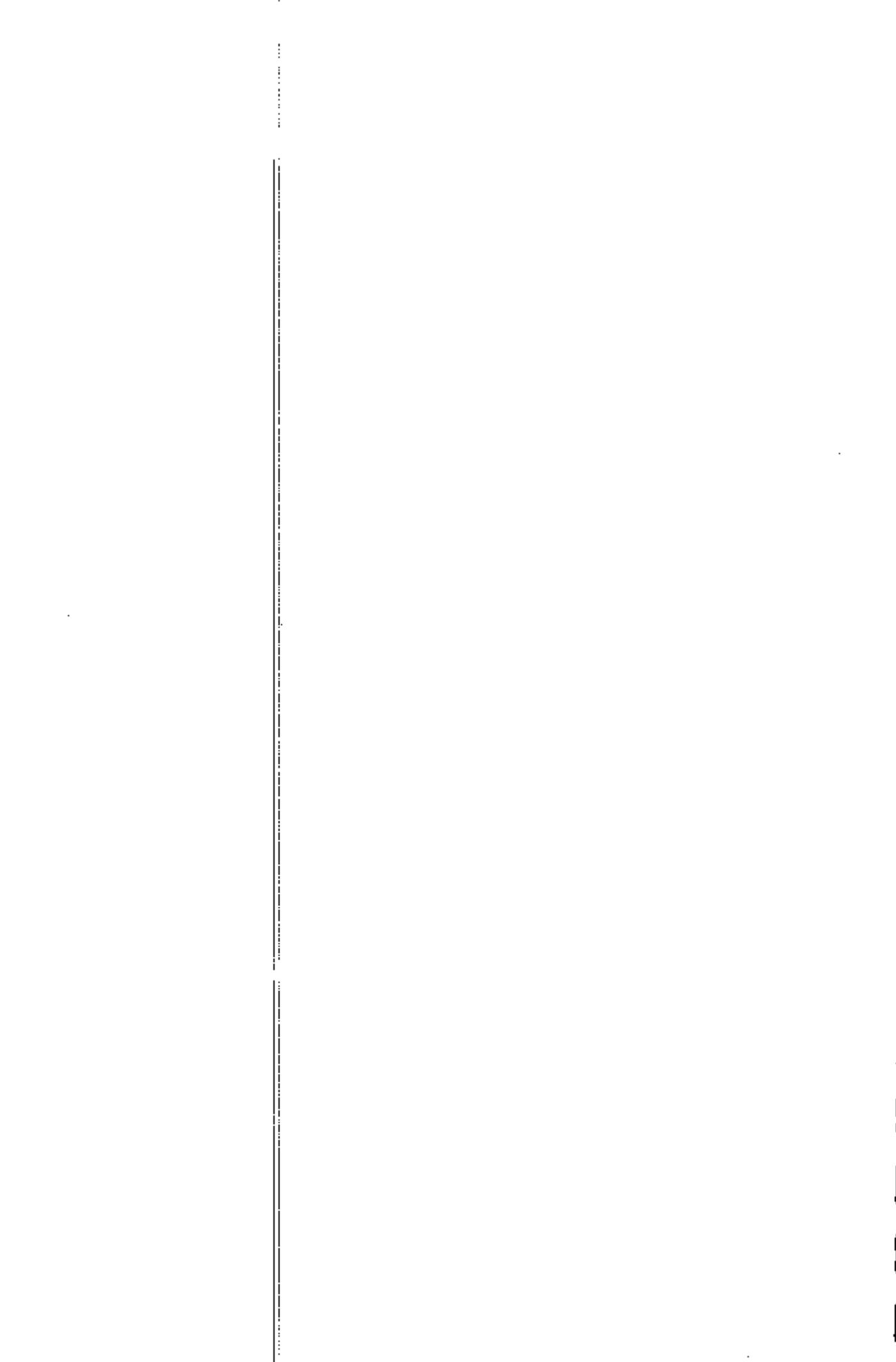
**PRESENTATION DU BUDGET DE L'ETUDE SUR LA MORTALITE  
MATERNELLE EN F CFA**

<b>1. Personnel</b>	<b>57.150.000</b>
- 9 Superviseurs (1 par Région)	
- 18 contrôleurs (2 par Région)	
- 36 Enquêteurs (4 par Région)	
<b>2 - Formation</b>	<b>11.430.000</b>
<b>3 - Matériel</b>	<b>414.000.000</b>
- 1 Véhicule tout terrain	
- 9 Mobyettes pour les contrôleurs	
- Matériel fongible	
<b>4 - Divers</b>	<b>11.430.000</b>
- Exploitation matérielle	
- Analyse des données	
<b>TOTAL</b>	<b>494.010.000</b>

**Financement recherché 494.010.000 Francs CFA.**



## **B) LE PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIAL**



## LE PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE

### 1) Objectifs

#### 1.1. Objectifs généraux

- Améliorer la qualité de la vie et favoriser l'instauration du bien être familial.
- Réduire la morbidité et la mortalité
- Réduire le taux de fécondité et le rythme de la croissance démographique
- Créer un environnement socio-culturel favorable à un changement de comportement des individus des couples vers une bonne acceptation de la contraception moderne mais surtout par fréquentation et une utilisation des services de planification familiale.

#### 1.2. Objectifs intermédiaires

- Etendre les prestations des services de planification familiale sur toute l'étendue du territoire
- Fournir les contraceptifs et le matériel de planification familiale aux services donnant des prestations

#### 1.3. Objectifs spécifiques

Le programme doit permettre la réalisation à court, moyen et long termes aux niveaux national et régional des objectifs fixés c'est à dire la baisse de la fécondité d'ici l'an 2020 selon le schéma suivant:

##### a) Fécondité juvénile (femmes âgées de moins de 18 ans)

- court terme 20% (1992-2001)
- moyen terme 60% (1992-2011)
- long terme 100% (1992-2021)

##### b) Fécondité des femmes âgées de 18 à 40 ans

- Porter l'intervalle intergénéral de son niveau actuel de 16 mois à au moins 24 mois d'ici à l'an 2021.

##### c) Fécondité des femmes âgées de plus de 40 ans

- court terme 20% (1992-2001)
- moyen terme 60% (1992-2011)
- long terme 100% (1992-2021)

Il s'agira :

à court terme de :

assurer à 20% des femmes âgées de moins de 18 ans et de celles âgées de plus de 40 ans de recevoir des informations sur les méthodes contraceptives disponibles, leurs avantages et inconvénients et sur les structures qui en fournissent les prestations d'ici 2001.

Amener 20% des femmes âgées de moins de 18 ans adéquatement informées à ne plus d'enfants avant 18 ans donc atteindre un taux de prévalence contraceptive de 20%.

- à moyen terme de :

Assurer à 60% des femmes âgées de moins de 18 ans et de celles âgées de plus de 40 ans informations sur les méthodes contraceptives disponibles, leurs avantages et inconvénients et sur les structures qui en fournissent des prestations d'ici 2011, il s'agira d'informer 40% entre 2001 et 2011.

Amener 40% des femmes (20% l'ayant été entre 1992 et 2001) âgées de moins de 18 ans adéquatement informées à ne plus faire d'enfants avant 18ans d'ici 2011 donc atteindre un taux de prévalence de 60% en l'an 2011.

Amener 40% des femmes âgées de plus de 40 ans adéquatement informées à espacer les naissances en adoptant une méthode contraceptive moderne entre 2001 et 2011. C'est à dire atteindre un taux de prévalence contraceptive de 60% en l'an 2011.

- à long terme de :

Assurer à 100% des femmes âgées de moins de 18 ans ou plus de 40 ans (60% l'ayant été déjà en 1992 et 2011) des informations sur les méthodes contraceptives disponibles, leurs avantages et inconvénients et sur les structures qui en fournissent les prestations d'ici 2021.

Assurer aux femmes âgées de 18 à 40 ans les mêmes informations.

Amener 100% des femmes âgées de 18 à 40 ans adéquatement informées à espacer les naissances en adoptant une méthode contraceptive moderne de manière à porter l'intervalle intergénéral de 6 mois à 24 mois avant l'an 2021.

- intégrer les activités de planification familiale aux activités de santé maternelle et infantile existantes au niveau national.

## 2. CONSEQUENCES DES OBJECTIFS SUR LA FECONDITE ET SUR L'EFFORT DE CONTRACEPTION

Si les objectifs précédemment quantifiés se réalisent, le nombre de naissances vivantes attendues évoluera conformément aux données du tableau n° 1 (colonne 2).

**Tableau N°1 : Conséquences des objectifs assignés au plan d'action sur le volume des naissances vivantes attendues d'ici d'an 2020.**

DONNEES (1)	NAISSANCES VIVANTES ATTENDUES (2)
1993	420 658
1994	427 293
1995	436 797
1996	446 301
1997	455 805
1998	465 310
1999	474 814
2000	486 086
2001	497 358
2002	508 631
2003	519 903
2004	531 175
2005	542 836
2006	554 497
2007	566 158
2008	577 818
2009	589 479
2010	599 956
2011	610 432
2012	620 909
2013	631 385
2014	641 862
2015	650 006
2016	658 151
2017	666 295
2018	674 439
2019	682 584
2020	694 451

Si ces perspectives de naissances vivantes se réalisent, l'indice synthétique accusera une baisse et passera son niveau de 6,8 à 4 enfants par femme d'ici l'an 2020.

Cette baisse du niveau de l'indice synthétique de fécondité exige qu'un certain nombre de naissances soit empêchée grâce à l'utilisation des méthodes de planification familiale d'une part et à l'information, l'éducation et la communication en matière de population d'autre part.

Pour éviter ces naissances, l'effort de contraception doit évoluer conformément aux données du tableau N°2.

Tableau N° 2: Evolution de la prévalence contraceptive d'ici l'an 2020 (en % de femmes en âge procréer).

ANNEES	PREVALENCE CONTRACEPTIVE (en %)	ANNEES (Suite)	PREVALENCE CONTRACEPTIVE (en %)	ANNEES (Suite)	PREVALENCE CONTRACEPTIVE (Suite)
1987	4,6	1999	26,0	2011	47,4
1988	6,5	2000	27,8	2012	49,2
1989	8,3	2001	29,6	2013	50,9
1990	10,0	2002	31,4	2014	52,7
1991	11,8	2003	33,1	2015	54,5
1992	13,6	2004	34,9	2016	56,3
1993	15,4	2005	36,7	2017	58,0
1994	17,1	2006	38,5	2018	59,8
1995	18,9	2007	40,3	2019	63,6
1996	20,7	2008	42,0	2020	62,7
1997	22,5	2009	43,8		
1998	24,3	2010	45,6		

## V. HISTORIQUE

Jusqu'à l'adoption en Mai 1991 de la Déclaration de Politique Nationale de Population au Mali, le Gouvernement Malien n'avait pas de politique démographique explicite, mais il avait conscience des liens entre population et développement. A ce titre, il a entrepris des actions ponctuelles spécifiques pour faire face à certains problèmes démo-économiques que connaît le pays :

- la collecte d'information statistique ;
- la recherche ;
- la santé en matière de reproduction et la planification familiale.

### 1. Premier Programme

Un premier programme financé par le FNUAP a été mis en place et exécuté au cours de la période 1979-1985.

Les projets exécutés dans ce cadre ayant un rapport direct ou indirect avec la maîtrise de la croissance démographique sont présentés ci-après :

#### 1.1. Santé en matière de reproduction et planification familiale

L'objectif de ce projet est de réduire la mortalité infantile et juvénile par le renforcement des services de santé en matière de reproduction, l'intégration aux services de santé maternelle et infantile, les activités de planification de la famille, l'accroissement des possibilités de formation pour le personnel paramédical, et l'éducation du public.

Le projet a été exécuté par le Gouvernement du Mali en collaboration avec le FISE, le PNUD, l'OMS, et le FNUAP.

Les progrès ont été lents et le projet n'a pas atteint les objectifs fixés car la Division de la Santé Familiale chargée de l'exécution n'avait pas l'autorité institutionnelle voulue pour s'acquitter des fonctions qui lui sont dévolues.

L'assistance des bailleurs de fonds s'est élevé à 1,2 millions de dollars US.

### **3.1.2. Information, éducation et communication (IEC) :**

Plusieurs projets étaient concernés et avaient pour objectif commun d'améliorer la situation sanitaire.

Cet objectif n'a pu être réalisé faute de dispositif de coopération entre projets. En effet, les projets ont été réalisés par divers Ministères sans mécanisme de coordination qui en aurait fait un programme cohérent.

Les projets concernés sont :

- le projet de formation des membres des sociétés coopératives à la protection de la famille ;
- l'éducation en matière de population à l'intention de travailleurs à domicile du secteur non structuré ;
- l'éducation à la vie familiale et les programmes de promotion de la femme faisant appel à des enregistrements vidéo.

L'assistance financière des bailleurs de fonds s'est élevée à 669 600 dollars US.

### **3.2. DEUXIEME PROGRAMME :**

Un deuxième programme a été mis en place au cours de la période 1987-1990 pour une assistance financière de 3,6 millions de dollars.

Le programme avait pour but d'améliorer les capacités du Mali à identifier et exécuter une politique nationale et un programme démographique efficaces.

Les objectifs poursuivis par ce programme sont les suivants :

- renforcer et étendre les services de santé en matière de reproduction et planification familiale ainsi que les dispositifs institutionnels ;
- promouvoir les services Santé en matière de reproduction et PF par diverses activités d'information, d'éducation et de communication;
- fournir au pays des données démographiques et économiques fiables permettant une planification prospective;

-améliorer les connaissances des rapports entre population et développement et renforcer les mécanismes institutionnels responsables des questions de population;

-accroître la participation des femmes à l'élaboration et à l'exécution des projets sous tous les aspects.

Le deuxième programme est constitué de 13 projets. Les projets qui ont un rapport direct ou indirect avec la maîtrise de la croissance démographique sont :

- éducation à la vie familiale et promotion des programmes en faveur des femmes;
- santé en matière de reproduction et planification familiale ;
- éducation familiale et promotion féminine sur sensibilisation aux problèmes de population ;
- femmes et population ;
- éducation scolaire en matière de vie familiale ;
- femmes, éducation, santé et emploi.

Le deuxième programme est surtout une reconduction des projets du premier programme.

Une nouvelle phase est en cours d'exécution pour la période 1993-1996.

### 3. PROGRAMME DE POPULATION EN COURS :

Les programmes de population ci-après sont actuellement en cours d'exécution.

#### 3.1. Projet de distribution à base communautaire de contraceptifs :

La Division Santé Familiale et la "Population Council" ont entrepris en Août 1991, une étude de base pour un projet de distribution communautaire de contraceptifs (DBC).

Le rapport préliminaire de l'étude fait ressortir que le niveau de connaissance des méthodes modernes de planification familiale est très faible et que le taux d'utilisation est quasiment nul.

Les facteurs explicatifs de cette situation sont : le manque d'information, la non disponibilité des services de planification familiale, le désir d'enfants et l'opposition du mari.

Les résultats finaux montrent cependant que la distribution à base communautaire (DBC) reste la plus acceptée, comme l'indiquent les évolutions suivantes observées dans les villages:

Pour les condoms : 1,3 % à 11 %

Pour les pilules : 1 à 33 %

Actuellement un projet d'extension existe pour 5 ans dans 5 régions.

Les stratégies à mener afin d'augmenter le taux d'utilisation des méthodes modernes au niveau des communautés rurales pourraient être de :

-être à la disposition de la communauté rurale le service de planification familiale;

-intensifier les campagnes d'information, d'éducation et de communication relative à la planification familiale par le biais d'animateurs villageois.

### **3.3.2 Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) :**

#### **a) Objectifs :**

Le 28 Juin 1971, un projet d'Ordonnance sur les pratiques d'espacement volontaire des naissances et l'abrogation des articles 3 et 4 de la loi du 31 Juillet 1920 sur la propagande anticonception fut adopté par le Gouvernement.

Le 8 Octobre de la même année une convention a été signée entre le Centre de Recherche International pour le Développement (CRDI) et le Mali pour l'ouverture d'un centre pilote de planification familiale.

Les objectifs du Centre sont :

-assurer la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant, le bonheur du couple et le bien-être de la collectivité tout entière ;

-faire face à toutes les demandes volontaires de planning familial, les satisfaire, entreprendre des recherches médicales sur les rapports entre le nombre de grossesses et la santé de la mère et de l'enfant, sur l'attitude des couples en présence de diverses méthodes de contraception ;

-entreprendre des recherches fondamentales et opérationnelles afin de déterminer les paramètres de la population, étudier les obstacles socio-culturels du planning familial au Mali, collecter des renseignements susceptibles d'aider le Gouvernement à définir une politique de population, évaluer le programme à l'ensemble du pays, approfondir les autres aspects du planning familial (démographique, économique et sociaux).

#### **b) Résultats :**

Les résultats obtenus par l'AMPPF sont :

-création des antennes de planning familial dans les PMI de Bamako, Kati et les maternités des capitales régionales ;

-Le nombre de personnes des deux sexes qui se sont présentées dans les différentes cliniques pour solliciter un service de contraception ou de traitement pour stérilité a évolué comme suit :

-16.299 personnes en 1980 ;

-32.831 personnes en 1984 ;

-98.182 personnes en 1990 ;

-l'analyse des tableaux donnant la répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale montre une prédominance des femmes célibataires (plus de 50 %). Elles ne souhaitent certainement pas dans leur majorité concevoir en dehors d'une union ;

-la pilule, et le DiU sont les principales méthodes utilisées dans toutes les cliniques depuis la mise en œuvre du programme.

c) Programme triennal 1992-1994 :

Au cours de la période 1992-1994, l'AMPPF s'est donnée pour objectifs de répondre aux besoins

-amélioration et extension des services de planification familiale ;

-intensification de la formation du personnel médical de l'Etat, des ONG et même des structures privées ;

-extension du système communautaire inter-agences ;

-amélioration de sa capacité de gestion par la formation des volontaires/staff ainsi que la supervision et l'évaluation du programme exécuté ;

-développement des ressources en diversifiant les sources de financement du programme et en imaginant des activités susceptibles de générer des revenus sur le plan local dans un contexte national de plus en plus libéral ;

-soutenir les efforts de pouvoirs publics et autres agences dans la promotion de la planification familiale au Mali par l'amélioration des services appropriés en direction des zones déshéritées.

Afin de jouer pleinement son rôle et atteindre les objectifs ci-dessus, l'AMPPF exécutera son programme à travers quatre (4) stratégies sur la base desquelles un ensemble de projet sera réalisé sur le terrain au cours des trois années allant de 1992 à 1994.

Il s'agit des stratégies ci-après :

Stratégie A : intensification des activités d'information et de motivation en matière de bien-être familial ;

Stratégie B : développement des prestations de services de planification familiale ;

Stratégie C : amélioration de la capacité de gestion de l'Association ;

Stratégie D : développement des ressources de l'Association.

Les fonds requis pour l'exécution des différentes stratégies s'élèvent à 105.526.923 F. C.F.A. en 1992, 113.231.949 F. C.F.A. en 1993 et 119.169.587 F. C.F.A. en 1994 soit au total 337.928.459 F. C.F.A. pour la période 1992-1994.

### **3.3.3. Deuxième Projet Santé-Population et hydraulique Rurale :**

#### **1. Objectifs :**

Dans le domaine de la population, le projet vise à faciliter la mise en oeuvre de la politique population. A cet effet, il a pour objectifs de :

-Fournir un soutien institutionnel pour la mise en oeuvre de la politique nationale de population politique nationale de PF/IEC en finançant la fourniture de services de spécialistes de courte et longue durée dans les domaines de la population, du planning familial, de l'information, éducation et communication ;

-Accroître la demande, l'offre et la qualité des services de planification familiale en finançant le renforcement de cinq antennes régionales de l'AMPPF et l'ouverture de deux nouvelles.

#### **2. Description :**

2.1. Le volet population du projet aidera le Gouvernement à :

-faire connaître et rendre opérationnelle la politique de population ;

-rendre opérationnel les moyens locaux de santé en matière de reproduction et de planning familial

-augmenter la demande, l'offre et la qualité des services de planning familial.

2.2. Le Mali privilégiant des services intégrés de santé en matière de reproduction et planning familial, cette composante aidera le Ministère de la Santé Publique, les communautés, les ONG et le secteur privé à :

-développer l'information-éducation-communication de manière à stimuler la demande des services de planification familiale, là où elle est faible, en particulier dans les zones rurales ;

-répondre à la demande non satisfaite, là où elle existe, en utilisant des stratégies différentes en zone urbaine et rurale ;

-améliorer la qualité des services de planning familial.

Deux moyens seront utilisés pour atteindre les objectifs ci-dessus. Il s'agit de:

- a) un programme de base, d'investissements prioritaires soigneusement évalués ;
- b) un fonds pour les activités de population alimenté par les bailleurs de fonds.

#### **2.3. Programme de base d'investissements prioritaires :**

Le programme de base portera sur les éléments suivants :

En matière d'information, éducation, communication :

- préciser les messages à diffuser et les circuits à utiliser en fonction des groupes cibles;
- s'appuyer à la fois des types classiques et informels d'IEC et d'éducation en matière de santé familiale;
- éliminer la réglementation exagérément restrictive qui régit la prescription et la distribution de contraceptifs ;
- produire des affiches, brochures, films vidéo et cassettes audio-orales, une fois les messages précisés;
- préparer une campagne médiatique avec l'assistance de spécialistes locaux des médias (radio, télévision, presse écrite) ;
- classifier et simplifier le programme existant d'éducation familiale destiné à l'enseignement fondamental ;
- doter l'ensemble des écoles du Mali en matériel pédagogique relatif à la santé familiale;
- renforcer les cinq antennes régionales de l'AMPPF en personnel contractuel, matériel, documentation et unités vidéos mobiles ;
- créer deux nouvelles antennes à Gao et Tombouctou pour compléter la couverture du pays ;
- ordonner la diffusion du message d'IEC avec l'introduction du planning familial dans les 264 centres de santé d'arrondissements
- réduire les obstacles à la demande de services de planning familial en autorisant le personnel de santé à tous les niveaux à distribuer des contraceptifs.

En matière de distribution de contraceptifs :

- créer des circuits et points de distribution et élargir la gamme des contraceptifs offerts de manière à correspondre aux besoins et préférences de chacun compte tenu des facteurs socio-culturels, démographiques et économiques ;
- dans les zones urbaines, les centres de santé urbains offriront une gamme d'options de planning familial (pilules, préservatifs masculins, spermicides, injections) et le planning familial qui jusqu'à présent, n'était offert que dans les 46 cercles, le sera désormais dans les 264 centres de santé d'arrondissement de l'ensemble du pays;
- dans les zones rurales, le public aura accès à des services de planning familial dans le cadre du système de soins de santé primaires grâce à l'ouverture des centres de santé communautaire ruraux qui offriront des services intégrés de santé et de planning familial et de la distribution à base communautaire ;
- garantir par un démarchage à domicile pour que les centres répondent correctement aux besoins et problèmes de la population locale en matière de fécondité ;

- développer le marketing social des contraceptifs dans le pays.

#### **2.4. Fonds pour les activités de population (POPFUND) : FASEF**

Il permettra de financer avec souplesse à titre de dons, des agences publics non gouvernementales et privés en vue de la mise en oeuvre de la politique de population.

Ainsi, ce fonds aidera à développer des activités de planning familial (distribution communautaire, marketing social et dispensaires de planning familial) en cours d'expérimentation et faire massivement appel au secteur privé. Toute institution publique, privée ou non-gouvernementale ou individu qui satisfait aux critères convenus sera autorisé à fournir des services IEC et de planning familial conformes à la stratégie nationale de santé maternelle et infantile et de planning familial.

### **STRATEGIES**

La maîtrise de la croissance démographique doit être sérieusement envisagée à cause de l'évolution des 30 dernières années du taux d'accroissement naturel de la population. Le gouvernement doit prendre des mesures pour assurer la réalisation de cet objectif afin d'établir un équilibre entre la dynamique de la population et le développement socio-économique.

Cet objectif sera réalisé à travers deux stratégies à savoir :

-l'accélération du processus de développement ;

-et la maîtrise progressive de la fécondité afin de l'adapter au développement socio-économique du pays.

#### **1. L'ACCELERATION DU PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DU PAYS :**

Elle constitue depuis 30 ans la dimension essentielle des différents plans de développement du pays. Mais, elle n'a pu se produire au rythme souhaité à cause des contraintes liées aux capacités climatiques, à l'équilibre macro-économique du développement et celle induites par la croissance démographique.

Si les deux premiers types de contraintes font souvent l'objet de programmes précis dans les plans de développement, le 3ème type constitué des variables démographiques est traité comme facteur exogène.

Il est donc prévu dans le cadre de la politique de population un certain nombre de stratégies permettant la prise en compte des variables démographiques dans le processus de planification qui se traduira entre autres par des actions directes sur la fécondité.

#### **2. MAITRISE PROGRESSIVE DE LA FECONDITE :**

La fécondité des femmes maliennes est parmi les plus élevées de l'Afrique. A cela s'ajoutent un taux de morbidité et de mortalité élevés chez les groupes vulnérables, la mère et l'enfant. Ceci justifie la présente proposition de mise en oeuvre d'un programme national de planification familiale.

Ce programme doit constituer l'élément clé de la politique de population adoptée par la déclaration de Mai 1991.

comprend :

les activités de l'Association malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) (cf. point 5.3.2. ci-dessus) à travers son programme triennal 1992-1994 ;

le volet "Population" du 2<sup>e</sup> Projet Santé-Population et Hydraulique Rurale (cf. point 3.3.3 ci-dessus)

le projet Santé en matière de reproduction et PF financé par le FNUAP ;

le présent programme de planification familiale.

### 1. Justification d'un programme de Planification Familiale du point de vue de la Santé:

Le Mali connaît un taux de morbidité et de mortalité élevé chez les groupes vulnérables malgré la baisse observée de la mortalité générale.

Il ne le répétera pas assez, le taux de mortalité infantile est de 102‰ en 1987. Ce taux est parmi les plus élevées de la région Sub-Sahélienne.

La mortalité infantile au milieu de l'année 1989 de la région Sub-Sahélienne est de 125‰.

### 2. Du point de vue socio-sanitaire :

Les grossesses non désirées en dehors des mariages conduisent souvent à des avortements clandestins, des infanticides, des suicides de mères et des abandons d'enfants.

D'après les statistiques hospitalières, les décès liés à l'accouchement et à la grossesse représentent 20 à 25% des décès féminins.

Ce phénomène constitue une crise sociale qu'il est difficile d'ignorer encore longtemps.

### 3. Du point de vue de la politique démographique :

La nécessité de la prise en compte de la variable démographique dans la planification du développement a conduit le Gouvernement du Mali à adopter en Mar 1991, une Déclaration de Politique Nationale de Population.

Cette déclaration met en exergue le contexte culturel, démographique, social et économique. Elle a abouti à la conclusion que le Mali doit reconsidérer de manière plus systématique toutes les questions de population en les intégrant dans une stratégie globale de développement.

Le programme de planification familiale s'inscrit dans ce cadre. Il est un instrument privilégié de l'autonomie de la femme et de la cellule familiale, de sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant, et en même temps qu'il doit permettre de maîtriser davantage la croissance démographique.

## 2.4. Rappel historique du développement des activités de planification familiale au Mali

L'allaitement prolongé, la séparation des conjoints, l'usage des plantes nous montrent que les pratiques de limitation ou d'espacement des naissances n'étaient pas ignorées de la société traditionnelle malienne.

Malgré cette situation, la planification familiale de type moderne est récente au Mali comme l'attestent les événements ci-après qui ont marqué l'histoire du pays dans ce domaine:

- l'autorisation des activités de planification familiale en 1972 et leur extension à toutes les régions du pays en 1973 ;
- la création en 1980 de la Division Santé Familiale ;
- l'organisation au Mali en 1983 du 1<sup>er</sup> séminaire national sur les politiques de population ;
- la mise en place en avril 1983 au sein de la Direction Nationale de la Planification, de l'Unité Population pour s'occuper de la formulation de politiques de population de l'intégration des variables démographiques dans les plans et programmes de développement du pays ;
- la déclaration du Mali sur les politiques de population à la Conférence Mondiale sur la population tenue à Mexico en Août 1984.

D'autres actions ont été entreprises et des textes pris pour faire face aux problèmes de population qui se posent au Mali. Il s'agit :

- des dispositions prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile ;
- de la fixation du taux d'allocation familiales à 1.000 F CFA par mois et par enfant jusqu'à l'âge de 18 ans ;
- de l'adoption d'une politique de développement rural visant à fixer les populations dans leur milieu en vue d'accroître la production agricole qui est une des conditions pour atteindre l'autosuffisance alimentaire donc réduire la malnutrition infanto-juvénile et générale ;
- de la création d'un Groupe d'Etude et de Coordination des Activités de Population (GECAPOP) ;
- des dispositions prises pour améliorer les conditions de la femme malienne.

Somme toute, les programmes développés dans le domaine de la population ont permis tout au moins d'amorcer la sensibilisation des populations aux problèmes démo-économiques du Mali malgré le décalage qui peut exister entre certains textes et les réalités sociales notamment l'obligation faite aux femmes en union d'avoir l'autorisation de leurs maris avant de bénéficier des services de planification familiale.

## V. STRATEGIES

### I. STRATEGIES DE PRESTATIONS DE SERVICES :

La stratégie retenue repose sur les principes ci-après :

a) fournir les prestations de services aux populations cibles prioritaires :

les femmes âgées de moins de 18 ans;  
les femmes âgées de 18 à 40 ans.

b) étendre l'accessibilité aux services de planification familiale par :

l'intégration de la PF au niveau de tous les centres médicaux;

le développement du marketing social et l'introduction des contraceptifs dans les circuits de commercialisation formels (dépot de pharmacie).

Extension de la DBC sur toute l'étendue du pays.

c) Formation du personnel nécessaire pour la mise en oeuvre du programme ;

d) Mise en oeuvre d'un système qui assure l'approvisionnement des contraceptifs et autre matériel essentiel au niveau de formations sanitaires ;

e) Création des structures et procédures nécessaires pour la gestion efficace du programme ;

f) Etude de faisabilité de plusieurs méthodes de prestations de services, y compris la distribution commerciale et la distribution communautaire ;

g) Collaboration du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées avec les autres départements pour une mise en oeuvre d'un programme national d'éducation à la vie familiale.

h) Implication des ONG et des Privés dans la mise en oeuvre du programme de Planification Familiale.

### STRATEGIE IEC :

L'action de l'information-éducation et communication visant à susciter la demande devra s'opérer en harmonie et en parfaite coordination avec les possibilités de prestations de services de planification familiale. L'action de sensibilisation à la planification familiale et d'entraînement aux changements d'attitudes s'appuie sur une stratégie de communication.

La communication interpersonnelle sera privilégiée pour atteindre tous les groupes cibles identifiés.

Les mesures d'accompagnement de la stratégie se présentent comme suit :

l'élargissement et approfondissement de la recherche en matière de planning familial;

-**élargissement du domaine d'action** : il s'agit d'associer le message de la planification familiale aux préoccupations des populations afin d'éviter les résistances, d'augmenter la crédibilité des messages et de rentabiliser les actions entreprises ;

-**harmonisation des activités** : il est indispensable d'harmoniser et de coordonner par une approche concertée les activités de planification familiale menées par différents départements ministériels et les ONG. Il sera utilisé le système de protocole d'accord et de lettres d'exécution ;

-**optimisation de la rentabilité des ressources** pour une gestion optimale des équipements et de leur maintenance, une amélioration de la qualité des activités d'information, d'éducation et de communication sur le terrain par l'établissement d'actions détaillées précisant les objectifs qualitatifs et quantitatifs à atteindre pour les populations cibles ;

-**utilisation des médias** pour sensibiliser l'opinion publique.

### **3. ACTIVITES :**

Les domaines d'intervention et activités de soutien retenus ont été définies en fonction des objectifs et stratégies du programme National de Planification Familiale.

#### **3.1. Acquérir le soutien populaire :**

Le programme retiendra d'organiser des conférences régionales et nationales pour acquérir le soutien populaire en collaboration avec les organisations socio-professionnelles mais essentiellement avec les organisations de jeunes et de femmes.

Des conférences seront également organisées dans tous les cercles et tous les arrondissements de la République.

#### **3.2. Former le personnel :**

##### **3.2.1 Former les formateurs :**

Un stage de formation des formateurs sera organisé au cours de la première année du programme et s'adressera à une équipe de 10 formateurs qui seront chargés à leur tour de la formation du personnel du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en matière de Planification Familiale.

##### **3.2.2 former les responsables du programmes :**

###### **3.2.2.1 Au niveau national :**

Le personnel à former se compose de :

- responsable de la formation ;
- responsable de l'IEC ;
- responsable de la logistique ;
- responsable de la recherche ;
- responsable de la supervision et du suivi sur le terrain.

responsable de la formation suivra de cours à l'étranger en matière de conception, gestion et évaluation des programmes de formation en planning familial ou Santé en matière de reproduction et

cours de logistique du planning familial portera sur l'acquisition de la gestion des stocks, le transport, les systèmes d'information et de tenue des registres, le stockage, l'évaluation du système statistique, l'analyse des données relatives à l'approvisionnement et la prévision des besoins en contraceptifs. La formation pourra concerner plusieurs personnes au cas où il sera possible de l'organiser au Mali.

Le responsable de la recherche sera formé de manière à ce qu'il soit un spécialiste de santé publique ou un démographe versé dans les travaux de recherche en planning familial de Santé en matière de reproduction et PF.

Enfin, le responsable de la supervision et du suivi sur le terrain sera une personne ayant reçu une formation en gestion de planning familial ou Santé en matière de reproduction et PF.

## 2.2 Au niveau régional :

On a constitué une équipe de neuf coordonnateurs régionaux (un pour chaque région administrative du District de Bamako), quarante six (46) responsables d'arrondissement. Ils recevront une formation atelier sur la gestion du programme de planning familial. La formation sera axée sur les normes et standards de soins, la supervision, la logistique et la tenue des fiches.

## 3 Recycler le personnel de terrain :

Le personnel concerné comprendra les professionnels de la santé qui seront directement chargés d'assurer la prestation des services et la fourniture des informations auprès des clients. Il sera composé

Médecins: 18 (2 par région) ;  
Infirmiers: 230 (5 par cercle) ;  
Sages-femmes: 230 (5 par cercle) ;  
Pharmaciens: 18 (2 par région) ;  
Techniciens sociaux: 230 (5 par cercle) ;  
Techniciens sanitaires: 9 (1 par région).

Les formations seront organisées selon des programmes établis en fonction du rôle que les différents personnels auront à jouer.

### 3.1 Formation de base :

Ce projet renforcera la formation des agents de santé au niveau des écoles de santé dans le domaine de la planification familiale.

### 3.2 suivi et évaluation

Les techniciens appelés à assurer plus tard des prestations de service de planification familiale seront évalués en fonction de leur compétence.

### **3.2.4 Information - éducation - communication :**

#### **3.2.4.1 Recherche d'audience :**

Il s'agira d'identifier les groupes cibles, élaborer et effectuer un test de messages et matériel, identifier les habitudes des média et les modèles de contact.

#### **3.2.4.2 Masse-médias :**

Une campagne intensive doit être organisée par le biais des masse-médias en vue de porter connaissance du public le programme de planification familiale.

La campagne des média utilisera :

-**Radio-Télévision** : Troupes théâtrales en langues nationales et en français, messages courts et sketches.

-**Semaine nationale de la planification familiale** : sera organisée au moment de l'extension des services de planification familiale à tous les arrondissements de la République.

-**Journaux** : feront des annonces dans chaque numéro.

-**Panneaux d'affichage et pancartes** : permettront d'identifier l'emplacement des services de planification familiale.

**Autres** : Echantillons de contraceptifs, badges, banderoles, pagnes commémoratifs et tee-shirts.

L'ensemble des activités prévus en matières d'information-éducation-communication dans le volet population du 2ème projet Santé-Population et Hydraulique Rurale et repris au point 2.3. du présent document sera exécuté comme faisant partie intégrante de ce programme.

### **3.2.5 Fourniture de contraceptifs et gestion de la logistique :**

La réussite du programme de planification familiale dépendra dans une grande mesure de la capacité du Département de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées à fournir de manière régulière sans interruption les contraceptifs aux formations sanitaires et prestations de services pour distribuer aux clients. Il s'agira donc d'intégrer le système d'approvisionnement en contraceptifs au système actuel de livraison des médicaments aux formations sanitaires.

Un magasin sera construit au niveau national et au niveau de chaque chef-lieu de région pour le stockage de contraceptifs. En plus, il faut assurer que les contraceptifs soient maintenus à température convenable.

Toutes les activités en matière de distribution de contraceptifs prévues au volet population du 2ème projet Santé-Population-Hydraulique Rurale et reprises au point 2.3. du présent document seront exécutées par les DSFC, le CNIÉCS, l'AMPPF, les régions, les ONG et les privés.

### 3.2.6 Acquisition des véhicules, équipements et matériel fongible :

Pour les besoins des visites sur le terrain et pour que le programme puisse faire face aux ruptures de stocks du système régulier d'approvisionnement, il faut prévoir les moyens de déplacement.

Des fonds doivent être aussi alloués à chaque région, cercle et arrondissements pour l'achat d'équipement et de fournitures.

### 3.2.7 Elaboration du système d'information et d'écoulement des produits :

Des fiches de consultations, de séance d'information, de commande, de rapport trimestriel doivent être établies dès le démarrage du programme.

Des informations précises provenant des fiches donneront les indicateurs de performance du programme comme les années - couple de protection, le nombre d'utilisatrices, le nombre d'acceptatrices et les besoins en contraceptifs au niveau des formations sanitaires.

Des micro-ordinateurs seront utilisés pour faciliter l'analyse des données.

### 2.8 Elaboration des techniques de gestion :

Une attention particulière sera portée à l'élaboration de procédures et systèmes de gestion. Les actions à entreprendre sont :

l'élaboration des plans annuels de travail ;

le renforcement de la supervision et de la gestion du personnel.

### 2.9 Evaluation du programme :

Les éléments de cette évaluation porteront sur :

la mise au point des indicateurs et démarche technique afin d'évaluer l'impact du programme ;

l'élaboration de rapport trimestriel d'activités ;

l'organisation des réunions annuelles de tous les acteurs du programme pour faire le point sur le programme ;

la rédaction de rapports semestriels ;

l'évaluation, à mi-parcours du programme en 3ème Année et l'évaluation approfondie en 5ème année du programme avec l'assistance d'évaluateurs indépendants.

### 2.10 Recherche :

Un programme de recherche sera élaboré. Il visera à améliorer et à étendre les prestations de services de planification familiale.

Une étude sur la distribution commerciale ou marketing social sera également menée. Ces pharmaciens et dépôts seront approvisionnés à travers le pays par des contraceptifs ne nécessitant pas une ordonnance (condoms et spermicides) l'étude testera cette distribution en tant que mode afin d'élargir l'accès aux contraceptifs.

Une étude sur la distribution à base communautaire de contraceptifs a été réalisée en Août 1991 par la Division Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique en collaboration avec la Population Council.

## VI. LES MOYENS DU PLAN D'ACTION

La réalisation du programme national de planification nécessite la mise en oeuvre de moyens humains, matériels et logistiques et des moyens financiers.

### 1. RESSOURCES HUMAINES :

Le programme s'appuie sur des ressources humaines constituées essentiellement du personnel du Ministère de la santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. D'autres ressources humaines seront sollicitées dans le cadre de l'exécution du programme.

### 2. INFRASTRUCTURES :

Les activités qui seront entreprises en matière d'infrastructure concernent les constructions de magasins de stockage tant au niveau national qu'au niveau régional, des cercles et arrondissements.

### 3. MATERIEL, EQUIPEMENT, LOGISTIQUE :

Le matériel, l'équipement et la logistique à recenser doivent tenir compte des divers niveaux de prestations où sont offerts les services de planifications familiale.

#### MATERIEL DE BUREAU :

machines à rénéotyper ;  
machines à écrire ;  
micro-ordinateurs ;  
photocopieuse.

#### MOBILIER :

Il s'agit d'équiper les centres en armoires métalliques pour conserver les fiches et les médicaments, en tables, chaises et bancs.

#### EQUIPEMENT :

équipement fongible ;  
équipement non fongible ;  
équipement audio-visuel.

#### VEHICULES :

En raison de l'étendue du territoire national et la nécessité d'une supervision continue à partir de Bamako, des capitales régionales des cercles et des arrondissements rend indispensable l'acquisition des moyens de locomotion.

camions ;  
véhicules tout-terrain.

## 8. BESOINS SPECIFIQUES DU VOLET IEC :

- fourniture de petits groupes électrogènes pour la projection des films dans les endroits où il n'y a pas d'électricité ;
- mise en place de magnétoscopes au niveau de la coordination régionale et au niveau des cercles ;
- production suffisante de diapositives qui devrait être disponibles à tous les niveaux d'intervention.

## 10. BUDGET PREVISIONNEL 1994-1998 :

### 1. Personnel :

#### Indemnités de fonction à payer :

- Directeur 50.000 FCFA X 12 X 5 = 3.000.000 F CFA
- Directeur Adjoint 40.000 FCFA X 12 X 5 = 2.400.000 F CFA
- Coordonnateur 50.000 FCFA X 12 X 5 = 3.000.000 F CFA
- Comptables 25.000 FCFA X 12 X 5 X 2 = 3.000.000 F CFA

#### Personnel soutien administratif :

- Secrétaire 30.000 FCFA X 12 X 5 = 1.800.000 F CFA
- Chauffeur 20.000 FCFA X 12 X 5 = 1.200.000 F CFA

#### Missions :

- Indemnités journalières: 5.000 X 15 X 5 X 2 = 750.000 F CFA

#### consultants nationaux :

- Statisticiens, radio, autres :  
20.000 X 60 X 5 X 3 = 18.000.000 F CFA

**Total partiel = 33.150.000 F CFA**

### Formation :

#### Formation sur place :

- Formation des formateurs = 3.000.000 FCFA
- Formation en gestion = 3.000.000 FCFA
- Formation clinique en PF = 30.000.000 FCFA
- Formation en IEC = 10.000.000 FCFA
- Formation en planning familial = 3.000.000 FCFA
- Journées de réflexion sur les moyens contraceptifs = 1.500.000 FCFA
- Encadrement/Formation 20.000 X 10 X 90 = 18.000.000 FCFA

## Formation de l'extérieur :

Formation clinique pose DUI	=	5.000.000 FCFA
Formation IEC, gestion, clinique	=	15.000.000 FCFA
Responsables supervision Activités	=	5.000.000 FCFA
Recherche	=	10.000.000 FCFA
<b>Total partiel</b>	<b>=</b>	<b>103.500.000 FCFA</b>

## IEC :

Groupes discussions dirigées. 1.000.000 X 5	=	5.000.000 FCFA
Réunions avec la population niveau arrondissement 1.000.000 X 283 X 8	=	14.180.000 FCFA
Réunion avec la population niveau cercle 100.000 X 46 X 5	=	2.300.000 FCFA
Réunion avec la population niveau région 100.000 X 9 X 5	=	150.000 FCFA
Boîtes de mallettes à échantillon pour sensibilisation 2.000.000 X 5	=	10.000.000 FCFA
Cartes 500.000 X 5	=	2.500.000 FCFA
Sensibilisation	=	..... FCFA
Matériaux IEC 20.000 X 5	=	10.000.000 FCFA
Présentations de films (MST-PF-Avortement) 100.000 X 5	=	2.500.000 FCFA
Séminaire national sensibilisation	=	3.000.000 FCFA
Confection pagnes, badges, autocollant	=	3.000.000 FCFA
Groupes électrogènes 250.000 X 100	=	25.000.000 FCFA
Magnétoscope Téléviseur 600.000 X 100	=	60.000.000 FCFA
<b>Total partiel</b>	<b>=</b>	<b>137.600.000 FCFA</b>

Activités de gestion :

.5.000.000 FCFA X 5 = 25.000.000 FCFA

Supervision :

.3.000.000 FCFA X 5 = 15.000.000 FCFA

Equipements :

Véhicules :

- Camion 12.000.000 FCFA X 9 = 108.000.000 FCFA  
- Tout-terrain : 8.000.000 X 18 = 144.000.000 FCFA

Matériel du bureau :

-Machine à rénéotyper 800.000 X 2 = 1.600.000 FCFA  
-Machine à écrire 300.000 X 2 = 600.000 FCFA  
-Mobilier 50.000 X 400 = 20.000.000 FCFA  
-Equipement fongible 6.000.000 X 5 = 30.000.000 FCFA  
-Equipement audio-visuel 6.000.000 X 5 = 30.000.000 FCFA  
-Equipement non fongible 15.000.000 X 5 = 75.000.000 FCFA

**Total partiel = 409.200.000 FCFA**

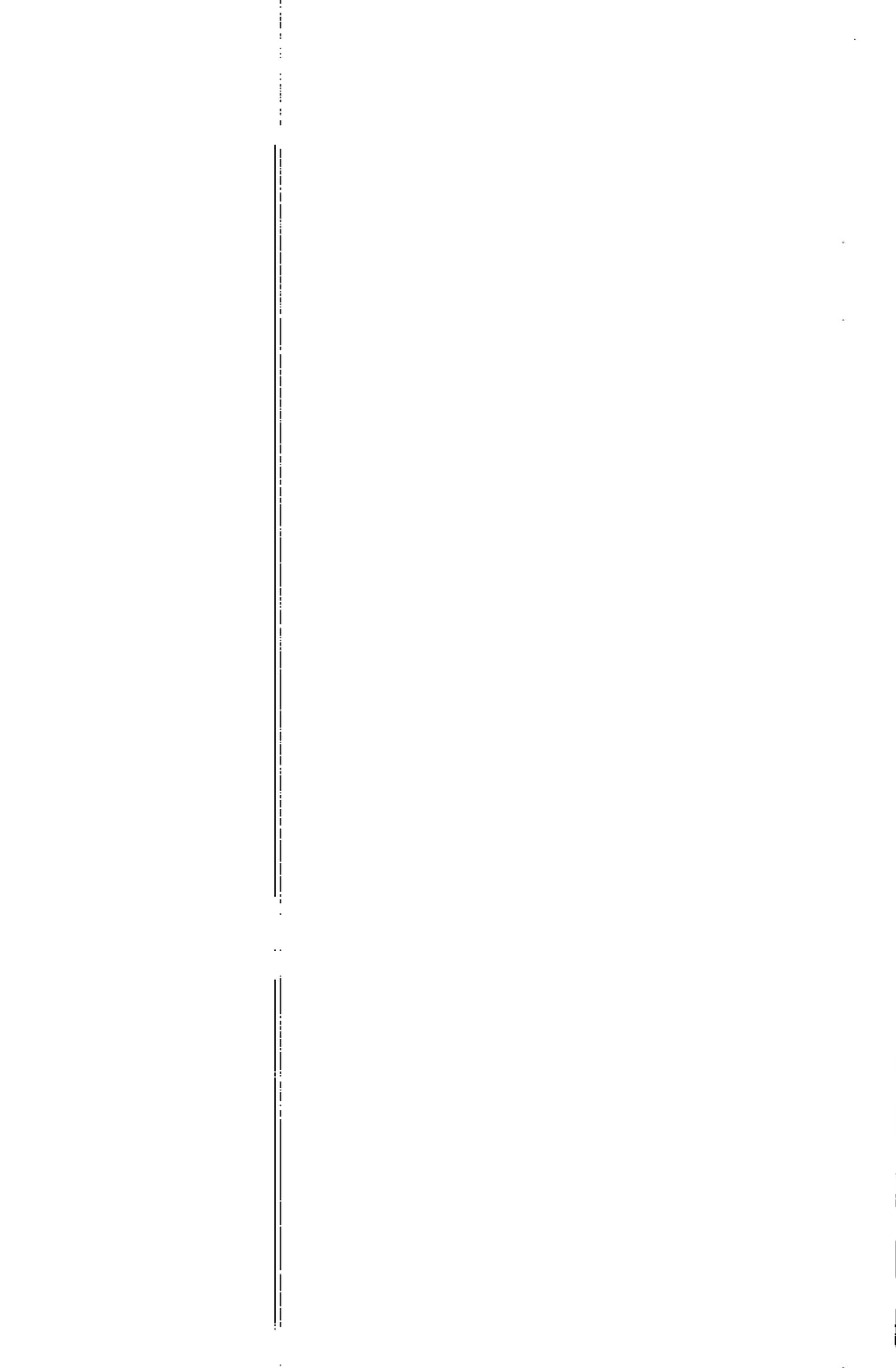
Logaux (magasins) :

= 100.000.000 FCFA

Contraceptifs

.préservatifs 4.000.000 X 5 = 20.000.000 FCFA  
.pilules 3.000.000 X 5 = 15.000.000 FCFA  
.D.I.U. 4.000.000 X 5 = 20.000.000 FCFA  
.Dépo-provena 4.000.000 X 5 = 20.000.000 FCFA  
.Néo-sampooon 2.500.000 X 5 = 12.500.000 FCFA

**Total partiel = 87.500.000 FCFA.**



Divers :

.Carburant pour fonctionnement cellule 3.000.000 F CFA X 5	= 15.000.000 FCFA
.Rapports et frais impressions 2.000.000 F CFA X 5	= 10.000.000 FCFA
<b>Total partiel</b>	<b>= 25.000.000 FCFA</b>
<b>Total 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, et 9</b>	<b>= 932.950.000 FCFA</b>
Imprévis 10% .	= 93.295.000 FCFA
<b><u>TOTAL GENERAL</u></b>	<b>= <u>1.026.245.000 FCFA.</u></b>

# 1. RECAPITULATIF DES COÛTS DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE:

Programme AMPPF (plan triennal 1992-1994)

Source : AMPPF - Plan Triennal 1992-1994, Bamako Mars 1991

Deuxième Projet Santé-Population et Hydraulique Rurale

CFA

	Total	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Renf. Mat	397.260.000	218.300.000 0	83.980.000	84.520.000	25.230.000	25.230.000	
PRG IEC/PPF	1.983.460.000	437.950.000 0	333.730.000	315.170.000	315.170.000	286.560.000	314.470.000
Fds Act. Po.	1.180.060.000	0	230.820.000	281.380.000	291.350.000	196.210.000	195.650.000
Total	3.560.780.000	656.250.000 751.420.000 0	644.530.000 533.870.000 0	681.070.000 631.780.000	631.780.000	508.000.000	477.130.000

Source : Rapport Evaluation 2è Projet Santé-Population-Hydraulique Rurale du Mali, Banque Mondiale février 1991.

PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE (1994-2020) :

CFA)

VOLETS	PERIODE		TOTAL GENERAL 1994-2020
	1994 -1998	1999-2020	
Personnel	33.150.000	145.860.000	179.010.000
Information	103.500.000	455.400.000	558.900.000
Construction	137.600.000	605.440.000	743.040.000
Supervision	25.000.000	110.000.000	135.000.000
Équipement	15.000.000	66.000.000	81.000.000
Coûts	409.200.000	1.800.480.000	2.209.680.000
Contraceptifs	100.000.000	0	540.000.000
Services	87.500.000	440.000.000	472.500.000
Autres	25.000.000	385.000.000	135.000.000
Total Partiel	935.950.000	4.118.180.000 0	5.054.130.000
Prévisions (10%)	93.595.000	411.818.000	505.413.000
TOTAL GENERAL	1.029.545.000 0	4.529.998.000 0	5.559.543.000

## VII. MECANISME DE COORDINATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION

La définition claire du cadre institutionnel dans lequel devront agir les différents acteurs chargés de l'exécution du programme national de planification est indispensable.

L'administration du programme sera assurée par une cellule qui relevera du Cabinet du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Toutefois, la mise en oeuvre du programme ne doit souffrir de la complémentarité et de l'interdépendance d'autres structures du Département de la Santé, des structures Ministérielles, des institutions privées, des ONG et des bailleurs de fonds.

### Responsabilités et rôle des Ministères :

#### Ministère Chargé de la Santé :

Assure la tutelle de la cellule d'exécution du programme. Cette tutelle sera exercée par le biais du Cabinet, du Comité d'orientation et de coordination des études et programmes de santé, et du conseil consultatif de la Santé. Il veillera à ce que la cellule bénéficie du concours de la Division de la Santé Familiale et de l'Institut National de Recherche de la Santé Publique. Plus particulièrement, il veillera à ce que la cellule travaille en collaboration avec les autres ministères.

#### Ministère Chargé du Plan :

La coordination, le suivi et l'évaluation de la politique de population seront assurés par le Conseil National de Coordination des Programmes de population (CONACOPP) créé par Décret N° 93-309/RM du 3 Septembre 1993.

Le CONACOPP donne son avis et formule à l'intention des pouvoirs publics des suggestions en ce qui concerne :

- les projets et programmes en matière de population qui tiennent compte des priorités définies dans le cadre de la Politique Nationale de Population et les possibilités de leur financement ;
- la situation démo-économique du pays et de ses différentes régions ;
- l'état de la mise en oeuvre de la politique de population et les besoins à satisfaire dans ce domaine ;
- les rapports sur l'état d'avancement des différents projets et programmes de population mis en oeuvre dans le cadre de la Politique Nationale de Population ;
- tous nouveaux projets ou programmes initiés dans le domaine de la population ou ayant une composante population ;
- tout autre dossier à la demande du Secrétariat Technique.

Le Conseil National de Coordination des programmes de population est composé de représentants des départements et organismes suivants :

Ministère Chargé du Plan : Président ;  
Ministère Chargé de l'Enseignement Fondamental : Vice-Président.

Membres :

- un représentant par département Ministériel ;
- les présidents des Conseils Régionaux de Coordinateur des programmes de population (CORECOPP) ;
- les chefs de projets ou de programmes en matière de population au ayant une composante population ;
- un représentant de l'Union National des Travailleurs du Mali (UNTM) ;
- une représentante de la Coordination des Organisations Féminines ;
- un représentant de la Coordination des Organisations des Jeunes ;
- un représentant de la Fédération Nationale des Employeurs du Mali (FENEM) ;
- un représentant de la Chambre de Commerce et d'Industrie ;
- un représentant du Comité de Coordination des Actions des Organisations Non Gouvernementales (CA-ONG) ;
- un représentant du Secrétariat de Concertation des ONG Nationales (SECO-ONG) ;
- un représentant par bailleurs de fonds intervenant dans le domaine de la population au Mali.

Secrétariat Technique du CONACOPP est assuré par la Direction Nationale de la Planification.

Des structures de coordination similaires en la matière seront mises en places aux niveaux des régions, District de Bamako, des Cercles, des Communes et des Arrondissements par Arrêté interministériel du Ministre Chargé du Plan et du Ministre Chargé de l'Administration Territoriale. Ces Structures sont dénommés :

- Conseil Régional de Coordination des programmes de Population (CORECOPP) pour le niveau région ;
- Conseil de Cercle de Coordination des Programmes de Population (COCECOPP) pour le niveau cercle ;
- Conseil d'Arrondissement de Coordination des Programmes de Population (COACOPP) pour le niveau arrondissement.

Ces structures de coordination se réuniront au moins une fois par an et chaque fois que les circonstances l'exigent sur convocation de leur président.-

Ministre Chargé de l'Administration Territoriale :

Chaque département doit veiller à ce que les autorités régionales, de cercle et d'arrondissement apportent leur collaboration à l'exécution du programme.

### Ministère Chargé de l'Éducation Nationale :

Son rôle doit consister à apporter sa collaboration dans les programmes EVF/EMP (Éducation en matière de Population).

### Ministère Chargé des Finances :

Apportera son concours pour une allocation des crédits de fonctionnement suffisants.

### Ministère Chargé de la Jeunesse :

Pour son action en direction des Jeunes.

### Rôle et Place des ONG et des institutions des secteurs privés et para-publics :

La place des ONG dans l'exécution du programme est assez importante. Par exemple, l'appui à l'AMPPF qui capitalise de l'expérience en matière de planification familiale pourra être apprécié. À cet effet, il est prévu dans le cadre du 2ème projet Santé-Population et Hydraulique Rural le renforcement des cinq antennes régionales de l'AMPPF en personnel contractuel, matériel, documentations et unités vidéo-mobiles. Il est prévu également la création de deux nouvelles antennes à Gao et Tombouctou pour compléter la couverture du pays.

Le secteur privé et le secteur para-public pourront jouer un grand rôle en matière d'éducation et d'information-communication.

### Assistance des bailleurs de fonds :

Le programme de planification familiale constitue un cadre approprié où les organisations gouvernementales et multilatérales pourront inscrire leurs actions en la matière.

### Nuptialité et fécondité :

La pratique des méthodes modernes de contraception étant faible au Mali, la régulation de la fécondité relèvera surtout des mécanismes traditionnels tels que les variables post-partum comme l'allaitement, l'aménorrhée, l'abstinence sexuelle ou les variables de nuptialité comme l'âge à la première union, la durée de l'union, la situation matrimoniale.

Les principales caractéristiques de la fécondité, compte tenu de la nuptialité décrite précédemment, se présentent comme suit :

- l'indice synthétique de fécondité au Mali est de 6,7 enfants pour les femmes de 15-44 ans;
- la fécondité cumulée des femmes âgées de 40-49 ans est de 7,1 enfants ;
- la baisse de la fécondité en milieu urbain et parmi les femmes ayant atteint le niveau d'instruction primaire ;
- la fécondité à Bamako est de 5,4 enfants et est plus faible que partout ailleurs au Mali ;

la fécondité est précoce avec un âge médian à la première naissance de 18,9 ans.

#### Proposition de programme d'action :

En ce qui précède, il apparaît qu'au Mali le mariage est caractérisé par son universalité et sa précocité.

La femme malienne passe la plus grande partie de sa vie féconde en union et reste exposée au risque de grossesse pendant très longtemps.

L'absence de pratique de méthodes modernes de contraception, c'est surtout les variables de fertilité qui affectent la durée de la période d'exposition au risque de grossesse, donc les niveaux de fécondité.

En conséquence, des actions devraient être prises par les autorités du pays pour aider les femmes à maîtriser leur fécondité et éviter que toute leur vie soit consacrée aux activités de reproduction. A cet effet, il est recommandé les actions suivantes :

1. Modifier la législation en vigueur au Mali pour retarder l'âge d'entrée en union;

2. Valoriser les mécanismes traditionnels de régulation de la fécondité comme l'allaitement maternel qui prolonge l'aménorrhée. L'allaitement maternel influence la fécondité en arrêtant l'activité physiologique qu'est l'ovulation. Il a été constaté en Afrique que l'allaitement maternel empêche en moyenne environ 4 naissances par femme<sup>1</sup> (Source de Référence).

3. Encourager l'utilisation des méthodes modernes de contraception en développant des campagnes de sensibilisation des couples à la notion de "parenté responsable" ;

4. Améliorer le statut social et le rôle économique de la femme en généralisant l'éducation, l'emploi salarié pour les femmes urbaines et en menant une politique de réformes économiques en faveur des femmes rurales ;

5. Encourager les femmes célibataires à prévenir les grossesses indésirables en incluant par exemple un volet F/EMP dans les programmes scolaires et en adoptant une législation appropriée sur les avortements ;

6. Encourager les femmes mariées à espacer leurs naissances pour éviter les grossesses rapprochées qui constituent un risque de mortalité maternelle.

En résumé, la proposition de modification de la législation relative à l'âge d'entrée en union, toutes les autres actions sont prises en compte soit dans la stratégie IEC du programme national de planification familiale soit dans les autres composantes de la politique nationale de population.

Il est donc proposé ci-après un programme d'action pour la révision des textes relatifs à l'âge au mariage.

<sup>1</sup> *Shyam Thapa, Roger V. Short et Malcom Potts Breastfeeding, birth spacing and their effects on child survival dans Nature Vol. 335 N° 0192 Octobre 1988, PP. 6679-682.*

### Justification :

Actuellement la législation malienne prévoit comme l'âge requis pour se marier 15 ans pour la femme et 18 pour l'homme. En pratique ces âges ne sont pas toujours observés. C'est ainsi qu'il est fréquemment que la femme se marie avant 15 ans pour les raisons suivantes :

- elle est donnée en mariage dès qu'elle arrive en maturité sans tenir compte de son âge réel ;
- de nombreux mariages sont célébrés sans prévenir et faire intervenir un officier d'état-civil ;
- l'absence d'acte de mariage et la reconnaissance de jugement supplétif d'acte de mariage établit la circonstance avec des âges différents des âges réels.

En effet, il n'est pas rare de voir des femmes mariées à 13, 14 ou 15 ans.

A cette situation s'ajoute le fait que des études ont montré que c'est lorsque l'âge au mariage s'éloigne à 25 ans au moins que l'effet réducteur sur la fécondité est le plus net<sup>2</sup>. (Source de Référence)

Les textes en vigueur méritent donc d'être révisés pour non seulement retarder l'âge du mariage mais aussi prévoir des dispositions permettant une application certaine des dits textes.

### Objectifs :

- Fixer l'âge requis pour se marier à 18 ans révolus pour la femme et 21 ans accomplis pour l'homme ;
- Prévoir des sanctions civiles et pénales de la violation de l'âge au mariage ;
- Adopter des textes rendant la femme capable de maîtriser sa fécondité ;
- Adopter des textes pour aboutir certaines pratiques néfastes.

### Stratégies :

La stratégie retenue est la collaboration du Ministère de la Justice avec le Ministère de la Santé, le Ministère de la Solidarité et des Personnes Agées et de la Promotion Féminine et le Ministère du Plan pour la relecture du Code du Mariage et de la Tutelle.

### Activité :

Sous la supervision des trois ministères cités au point 4.3. ci-dessus, des journées de réflexion seront organisées en vue de faire des propositions de révision des textes tenant compte des objectifs fixés. Elles regrouperont des représentants de tous les départements ministériels, des organisations démocratiques et partis politiques, des ONG et bailleurs de fonds de la politique nationale de la population.

---

<sup>2</sup> CEA : "Les effets des variables de nuptialité sur la fécondité"  
ECA/POP/TP/89/6/21, Addis Abeba, Nov 1989.

Moyens à mettre en oeuvre :

La révision des textes nécessite des moyens financiers pour l'organisation des journées de réflexion et la reproduction des nouveaux textes.

La procédure qui sera suivie pour l'approbation des textes par les autorités compétentes (Gouvernement, Assemblée Nationale) ne nécessitera pas de moyens financiers particuliers.

Cependant, des fonds seront nécessaires pour la publication au Journal Officiel des textes approuvés et l'utilisation des médias pour la sensibilisation de la population.

Le coût s'établit comme suit :

Journées de réflexion : 3.000.000 F CFA  
Reproduction textes : 2.000.000 F CFA  
Journal Officiel : 500.000 F CFA  
Sensibilisation par média : 1.500.000 F CFA

**Total : 7.000.000 F CFA**

Cadre Institutionnel :

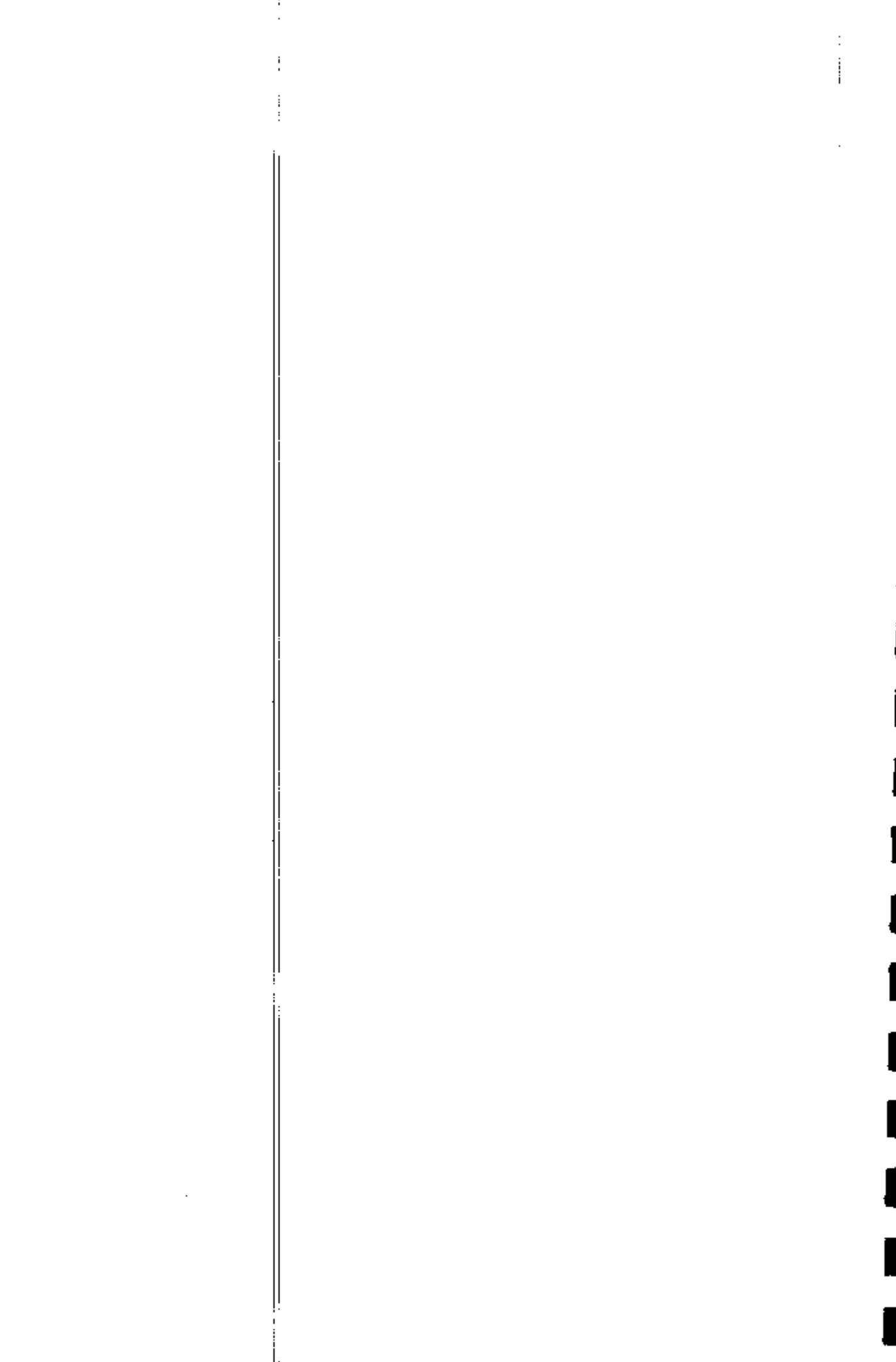
Le Département de la Justice sera responsable de ce programme. Mais, il travaillera en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine et le Ministère du Plan.

**FINANCEMENT TOTAL RECHERCHE POUR LE PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE**  
**1994-1998**

26.245.000 F CFA + 7.000.000 F CFA . . . . . = **1.033.245.000 F CFA**

LA CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT = **103.324.500 F CFA**

## **C) PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE**



## PROJET N° 1 : PROJET D'APPUI A LA PROMOTION DES PERSONNES AGEES

### 1. - CONTEXTE ET ORIENTATIONS

L'absence d'une véritable politique cohérente en faveur du Troisième Age a fait de cette couche de la population une catégorie discriminée dans les faits. Cependant la personne âgée constitue une ressource humaine dynamique, en raison de son expérience antérieure, des connaissances accumulées dans le temps, le potentiel de travail et d'encadrement dont elle est encore capable et le rôle conciliateur qu'elle joue dans la communauté. Les personnes âgées de 60 ans et plus constituent aujourd'hui 6,42 % de la population malienne.

La détérioration progressive du tissu social, l'effritement des valeurs au niveau des familles et de la communauté, consécutifs aux effets pervers des politiques et plans de développement conçus jusqu'alors, font apparaître depuis quelques années des problèmes auxquels ces personnes sont confrontées, problèmes qui, si aucune mesure n'était envisagée risqueraient de compromettre gravement les fondements culturels de notre société et hypothéquer sérieusement notre avenir.

Au titre de ces problèmes on pourrait relever entre autres :

- l'effritement du statut et du rôle de ces personnes en raison de la déintégration de la cellule familiale.
- l'absence de mesures de protection sociale adéquate
- les changements socio-économiques entraînant la faiblesse des revenus voire la paupérisation en zones rurale et urbaine.

Ce tableau se traduit par un isolement progressif de la personne âgée au sein de la famille et de la communauté par l'abandon dans certains cas. Il se développe alors des comportements de déviance, de déchéances sociales.

Cette situation actuelle au Mali est la résultante d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels on peut relever :

- L'opinion publique et les décideurs en particulier n'ont pas toujours une claire idée de la pertinence d'une politique spécifique de prise en charge des problèmes des personnes âgées considérée comme une préoccupation non prioritaire réservée aux seuls pays dits développés.
- Une ignorance des incidences du vieillissement sur les politiques et programmes nationaux de développement économique et social.
- La non prise en compte des problèmes du vieillissement dans l'élaboration et la mise en oeuvre des plans et projets de développement.
- L'inexistence de structures opérationnelles ayant pour missions spécifiques la mise en oeuvre de cette politique.

\* Jusque là ce problème ayant toujours été géré par la Direction Nationale des Affaires Sociales dans le cadre de ses missions générales de protection sociale et d'autres structures (Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) - Caisse des Retraites du Mali (CRM) s'occupant de l'aspect "Retraites et Pensions".

Le bilan des actions fait apparaître que les rares actions menées depuis la décennie écoulée ont été parcellaires, ponctuelles en l'absence d'un programme cohérent. Les activités de protection sociale menées par les Services Publics Direction Nationale des

Affaires Sociales - Institut National de Prévoyance Sociale - Caisse des Retraites du Mali - Direction Nationale du Travail et des lois Sociales l'ont été dans le cadre de leurs missions générales, par conséquent non intégrées. Elles conservent les limites et les insuffisances d'une telle situation.

Par la création du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des personnes âgées, le Gouvernement s'engage à prendre en charge cette couche de la population, qui, bien que numériquement encore faible a une place importante dans le développement socio-économique de notre pays et la cohésion des groupes sociaux.

Cet engagement conforte l'option de la troisième république de faire contribuer les personnes âgées au même titre que les autres couches sociales au processus de développement de notre pays.

Les orientations d'une politique nationale en faveur du Troisième Age doivent tendre à réduire les inégalités et injustices à l'égard de cette couche et à considérer les problèmes du Troisième Age parmi les priorités nationales.

Les propositions d'orientation visent à mettre en oeuvre un plan coordonné dont les objectifs sont :

- assurer une meilleure protection sociale des personnes âgées par des mesures spécifiques
- assurer une meilleure intégration dans la vie sociale pour prévenir les situations d'abandon ou d'isolement.
- Faire assurer pleinement aux personnes âgées, leur rôle et leur conférer le statut social auquel elles ont droit dans nos sociétés.

Ces objectifs sont définis dans les différentes sphères de la vie sociale, préoccupations actuelles des personnes âgées à savoir :

- \* la famille, la société, la protection sociale
- \* la santé et l'alimentation
- \* le logement et l'habitat
- \* la culture et l'enseignement
- \* sauvegarder le pouvoir d'achat
- \* des mesures institutionnelles d'accompagnement.

## **2. - PLAN D'ACTION**

### **2.2. - DANS LE DOMAINE DE LA FAMILLE ET DE LA PROTECTION SOCIALE :**

Les actions consisteront :

#### **A COURT TERME**

- La valorisation de l'image et du statut de la personne du Troisième âge par l'éducation, l'information et la sensibilisation au niveau de la famille, de l'école et à travers les masse-médias.
- La multiplication des contacts aussi bien entre personnes âgées et jeunes qu'entre personnes âgées pour faciliter le dialogue et la compréhension inter-générationnels.
- La création d'associations de personnes âgées.
- La relecture de textes existants en matière de protection sociale dans le sens d'une meilleure prise en charge des préoccupations des personnes âgées.
- La simplification des procédures et formalités administratives dans le souci d'un traitement plus diligent des dossiers de retraite.

#### **A MOYEN TERME**

- La prise en compte dans la formation des Travailleurs sociaux des questions liées au vieillissement et aux personnes âgées dans le contexte du développement communautaire.
- Une attention particulière aux groupes de personnes âgées les plus vulnérables, notamment les femmes âgées, les personnes âgées handicapées et les personnes âgées sans soutien.

#### **A LONG TERME**

- L'adoption de mesures (dégrèvements fiscaux ou d'allocations pour assistance aux personnes âgées) en vue de permettre d'accroître les ressources des jeunes ménages pour une meilleure prise en charge de leurs parents âgés.

### **2.2. - DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DE L'ALIMENTATION**

#### **A COURT TERME**

- L'institution de bilans de santé pour les personnes âgées, suivis de contrôles réguliers en vue du dépistage des maladies et des handicaps et leurs traitements précoces.

- L'institution du Carnet de santé à tous les niveaux pour le suivi sanitaire de l'individu en général.
- La promotion de la recherche et la vulgarisation dans le domaine de la nutrition de menus pour personnes âgées à partir de produits locaux.
- Une meilleure supervision de la pratique des guérisseurs traditionnels pour protéger les personnes âgées contre les abus éventuels.

#### A MOYEN TERME

- L'introduction dans les Ecoles de Formation Socio-Sanitaires des cours de gériatrie et de gérontologie spécialisée.
- La recherche biomédicale pour mieux appréhender les types de maladies du Troisième âge dans les différents biotopes du Mali.

#### A LONG TERME

- La création d'unités de gériatrie dans les hôpitaux et la promotion des soins à domicile.

### 2.3. - DANS LE DOMAINE DU LOGEMENT ET DE L'ENVIRONNEMENT

#### A MOYEN TERME

La promotion de politique d'urbanisme et d'habitat prenant en compte d'une part la nécessité de la préservation de l'unité de la famille élargie, et d'autre part l'autonomie de la personne âgée dans le cadre des plans de construction.

### 2.4. - DANS LE DOMAINE DE LA CULTURE ET DE L'ENSEIGNEMENT

L'éducation et la formation doivent s'inscrire dans les traditions de la culture africaine. L'éducation doit être considérée comme un des droits fondamentaux de l'homme, et comme un investissement national nécessaire : les personnes âgées doivent y contribuer.

#### A COURT TERME

- La facilitation et la favorisation des contacts et de la compréhension inter-générationnels par une information et une sensibilisation des personnes âgées sur l'évolution de leur milieu et les réalités de l'époque.
- L'implication des personnes âgées en tant que participants actifs à l'éducation comme enseignants aussi bien qu'enseignés et si possible cette éducation devrait être proposée et donnée dans une perspective inter-générationnelle.

- La formation et l'éducation de la famille car elle dispense la plus grande partie des soins aux personnes âgées.
- La mise en place des systèmes d'échange, de connaissance et d'information sur le vieillissement afin de rechercher activement, de coordonner et de diffuser les informations et les programmes d'éducation et de formation avec la participation des personnes âgées.

#### A MOYEN TERME

- La mise en oeuvre de programmes minima adaptés aux personnes âgées qui porteront sur une information-communication axée sur leurs besoins spécifiques. En général, l'accent devrait être mis sur l'alphabétisation.

#### A LONG TERME

- La promotion des échanges entre associations de personnes âgées tant au plan national qu'international.

### ✓ 2.5. DANS LE DOMAINE DU MAINTIEN DU POUVOIR D'ACHAT ET DE L'EMPLOI

#### A COURT TERME

- La prise en compte des préoccupations des personnes âgées dans les plans et programmes de réformes économiques.
- L'encouragement à la mise en place de structures para-étatiques, privées ou mutualistes pour la prévoyance retraite.
- L'accord de tarifs spéciaux dans certains cas aux personnes âgées pour aider à la sauvegarde de leur pouvoir d'achat.

#### A MOYEN TERME

- La prise en charge partielle par les organismes de prévoyance sociale dans le cadre de leurs plans d'action sanitaire et sociale, des frais de soins de santé et de consommation pharmaceutique des retraités.
- La diversification des ressources des institutions de prévoyance sociale par une meilleure politique de placement.
- La promotion de coopérative communautaire dans le cadre de projets variés de manière à limiter l'exode rural.
- La mise en oeuvre d'une véritable politique nationale pour enrayer certains fléaux tels que la mendicité.

## A LONG TERME

- La mise en place en milieu rural de sociétés de prévoyance mutuelle.

### 2.6. - SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL

L'adoption d'un certain nombre de mesures institutionnelles constituent des préalables à la mise en oeuvre concrète du programme-à savoir :

- la restauration de la Direction Nationale des affaires Sociales en fonction de la nouvelle politique de solidarité.
- la conception d'un projet Troisième age au sein de la Direction Nationale des Affaires Sociales chargée de la coordination et de l'exécution des programmes du Troisième Age en attendant que soient réunies les conditions optimales de création d'une structure autonome.
- La mise en place d'un mécanisme national de suivi des problèmes et programmes du Troisième Age.

La relecture des missions et mécanisme des institutions existantes dans le domaine de la prévoyance sociale, de la retraite en vue de la prise en charge d'un plus grand nombre de personnes âgées.

## VII. - PROGRAMME NATIONAL EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

### 1. OBJECTIF :

- prévenir la dégradation du statut socio-économique des personnes âgées.

### 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 2.1. - Eviter l'isolement des personnes âgées
- 2.2. - Améliorer la prise en charge sociale des personnes âgées.
- 2.3. - Adopter des mesures réglementaires en faveur des personnes âgées.
- 2.4. - Préserver l'état de santé et améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes âgées.
- 2.5. - Assurer la formation du personnel socio-sanitaire.
- 2.6. - Faire contribuer les personnes âgées à l'éducation, à la formation, à la culture.

### 3. STRATEGIE

- Développement d'un plan d'opération à court terme.

### 4. ACTIVITES

#### 4.1. - Informer et sensibiliser les communautés.

- \* Organiser la journée Mondiale des Personnes Agées pour le 1er Octobre.
- \* Organiser deux missions d'information dans les capitales régionales.
- \* Organiser une table-Ronde par semestre Radiotélévisé sur les conditions des personnes âgées.
- \* Organiser un débat par semestre sur les actions menées.

#### 4.2. - Redynamiser les associations existantes et susciter de nouvelles créations d'associations.

- \* Tenir des réunions avec les bureaux des associations existantes une fois par trimestre.
- \* Aider à lever les difficultés rencontrées par les associations.
- \* Aider à la mise en place de nouvelles associations.

#### 4.3. - Instaurer des mesures réglementaires en faveur des personnes âgées.

- \* Tenir des réunions de concertation avec les structures impliquées dans la prise des mesures réglementaires.
- \* Concevoir et diffuser des cartes des personnes âgées avec des facilités y afférentes.
- \* Créer des structures d'accueil et d'orientation des personnes âgées à la Direction Nationale des affaires Sociales, l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et à la Caisse de Retraites et dans les services déconcentrés.

#### 4.4. - Promouvoir les structures de prévoyance sociale en faveur des personnes âgées.

- \* Aider à créer des organismes coopératifs ou mutualistes de personnes âgées dans le District de Bamako et dans deux Capitales Régionales (Ségou - Mopti).

#### 4.5. - Préserver l'état de santé et améliorer l'accès aux soins.

- \* Réserver des lits aux personnes âgées dans les Hôpitaux Nationaux et Régionaux.
- \* Organiser le service de soins aux personnes âgées hospitalisées.
- \* Etablir une liste spécifique de médicaments aux personnes âgées.
- \* Approvisionnement en médicaments spécifiques.
- \* Concevoir et diffuser des carnets de santé des personnes âgées.

**4.6. - Assurer la formation du personnel socio-sanitaire dans la prise en charge des personnes âgées**

- \* Organiser un Séminaire d'Information du Personnel Social et Sanitaire.
- \* Organiser un atelier sur les approches de la prise en charge des personnes âgées.

**4.7. - Assurer le fonctionnement du programme National.**

- \* Identifier et mettre en place les agents du Programme.
- \* Mettre en place l'équipement et les fournitures de bureau.
- \* Fournir des moyens logistiques au programme.

## Présentation du budget : Promotion des personnes âgées

### 5. COUTS CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Activités	Coût	Période
4.1 Informer et sensibiliser les communautés	1 016 000	1er trimestre
4.2 Redynamiser les associations existantes et susciter de nouvelles créations d'association.	698 500	2ème trimestre
4.3 Instaurer des mesures réglementaires en faveur des personnes âgées.	825 500	2ème - 3ème trimestre
4.4 Promouvoir des structures de prévoyance sociale en faveur des personnes âgées.	600 000	3ème trimestre
4.5 Préserver l'état de santé et améliorer l'accès aux soins des personnes âgées.	5 207 000	3ème trimestre
4.6 Assurer la formation du personnel socio sanitaire	5 715 000	4ème trimestre
4.7 Assurer un fonctionnement correct au programme	16 446 500	
4.8 Fonds d'affectation spéciale	6 500 000	
<b>Total général</b>	<b>37 008 500</b>	

**Financement recherché**

**37 008 500 francs CFA.**

## PROJET N° 2 PROMOTION DE L'HYGIENE ET L'ASSAINISSEMENT EN MILIEU RURAL ET URBAIN.

### I/ JUSTIFICATION DU PROJET ET CONTRAINTES A SURMONTER :

Les connaissances sur les mécanismes et transmission des maladies qui constituent la cause majeure de morbidité et de mortalité au Mali mettent en lumière l'importance du rôle de l'alimentation en eau et l'Assainissement de base dans l'atteinte de l'objectif "Santé pour tous". Les plans et programmes nationaux élaborés et mis en oeuvre notamment dans le cadre de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et l'Assainissement (DIEPA), s'inscrivent dans cette perspective.

Malheureusement une implacable sécheresse, devenue endémique depuis les années 1970 a limité l'Etat Malien dans ses capacités de mobilisation des ressources financières nécessaires à la réalisation des objectifs de la Décennie. A cela s'ajoutent d'autres contraintes notamment :

- l'absence d'intégration effective des activités d'hygiène et d'assainissement de base dans les programmes de développement initiés et entrepris à la base ;
- l'insuffisance de la formation du personnel, et de l'équipement de la Division d'Hygiène et l'Assainissement ;
- et enfin l'absence d'encadrement et des mesures incitatives pour une plus grande prise en charge des activités d'hygiène et d'assainissement de base par les populations concernées.

Il est cependant de plus en plus certain que la création et la surveillance des sources d'approvisionnement en eau, le conditionnement et l'évacuation efficace des ordures par des procédés adéquats, la destruction des gîtes à moustiques par des moyens mécaniques et chimiques complétés par l'éducation en hygiène et assainissement, constituent les démarches les plus sûres pour prévenir les maladies liées à l'eau et l'hygiène du milieu. Quelques données disponibles permettent de détailler la situation qui est suffisamment préoccupante au Mali.

NATURE ET IMPORTANCE DE LA POLLUTION EN FONCTION DE LA SAISON

Ref Puits	Saison	Germes Total	E. Coli	Entero bacter	Klebsiella	Salmonella	Citrobacter	Proteus	Streptococcus
1	Sèche pluviuse	302,10 <sup>5</sup> / <sub>115,10<sup>5</sup></sub> 2,62	2,103/ 728,103/ 0,007	153,103/ 9,103/ 19,12	53,103/ 70,103/ 0,75	0 0 0	104/ 0 0	0 0 0	+
facteur de x									
2	Sèche pluviuse	117,10 <sup>5</sup> / 22,10 <sup>5</sup> / 5,31	39,104/ 47,104/ 0,82	75,103/ 188,103/ 0,39	11,104/ 297,103/ 0,03	0 0 0	0 0 0	0 0 0	+
facteur de x									
3	Sèche pluviuse	336,10 <sup>4</sup> / 688,10 <sup>4</sup> / 0,48	803,103/ 222,103/ 2,71	75,102/ 850,102/ 0,08	375,103/ 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	+
facteur de x									
4	Sèche pluviuse	475,10 <sup>4</sup> / 10,38/ 238,10	0 10,104/ 0	30,104/ 8,10	18,104/ 0,29	0 25,103/ 0	0 0 0	0 0 0	+
facteur de x									
5	Sèche pluviuse	41,10 <sup>5</sup> / 12,10 <sup>5</sup> / 3,41	0 523,103/ 0	0 152,103/ 0	82,103/ 50,103/ 1,64	0 0 0	0 0 0	0 0 0	+
facteur de x									
6	Sèche pluviuse	19,10 <sup>5</sup> / 5,10 <sup>5</sup> / 3,8	15,103/ 262,103/ 0,68	138,105/ 3,105/ 48	2,103/ 0	0 0 0	0 52,103/ 0	325,103/ 217,103/ 1,49	+
facteur de x									
7	Sèche pluviuse	6,10 <sup>5</sup> / 5,106/ 1,2	14,106/ 106/ 14	2,103/ 40,103/ 0,05	18,104/ 2,104/ 9	0 0 0	2,104/ 0	0 0 0	+
facteur de x									
8	Sèche pluviuse	13,106/ 9,106/ 1,44	29,104/ 0	42,103/ 52,103/ 0,80	22,104/ 0	0 0 0	17,103/ 33,103/ 0,51	0 0 0	+
facteur de x									
9	Sèche pluviuse	16,106/ 2,106/ 1,33	0 7,105/ 0	42,103/ 283,103/ 0,14	26,104/ 0	0 0 0	175,104/ 8,104/ 59,37	0 0 0	+
facteur de x									
10	Sèche pluviuse	2,106/ 12,106/ 0	44,104/ 0	3,104/ 47,104/ 0	5,104/ 15,104/ 0	0 0 0	7,104/ 0	0 0	+
facteur de x									
11	Sèche pluviuse	2,106/ 8,106/ 0,66	0 18,103/ 0	18,104/ 7,104/ 2,57	27,103/ 22,103/ 1,22	0 2,103/ 0	32,103/ 0	0 0 0	+
facteur de x									
12	Sèche pluviuse	4,106/ 2,106/ 2	0 18,103/ 0	95,103/ 12,103/ 7,91	0 37,103/ 0	0 0 0	105/ 0	0 0 0	+
facteur de x									
13	Sèche pluviuse	5,2,105/ 5,3,105/ 0,98	2,103/ 1703,103/ 0,001	70,103/ 1,2104/ 59,33	0 0 0	0 0 0	0 20,106/ 0	0 0 0	+
facteur de x									

Valeurs moyennes du nombre des germes rencontrés pendant les deux saisons  
 On note une diminution du nombre moyen des germes locaux dans tous les puits (eau) pendant l'hiver.  
 Le nombre moyen des germes totaux a diminué dans tous les puits pendant l'hiver.  
 Le nombre moyen des germes totaux a diminué, seulement au niveau du puits n° 14 pendant l'hiver.

Si des efforts appréciables ont été accomplis dans le domaine de la création des sources d'alimentation en eau potable collective, des difficultés considérables persistent dans la gestion hygiénique de ces eaux. Des contrôles réalisés en 1990 dans la région de Mopti par le laboratoire de l'hygiène publique et de l'assainissement indiquent une forte contamination (présence de fortes colonies de coliformes fécaux) des puits. (Voir tableau).

Des travaux analogues effectués par des étudiants de l'école de médecine dans certains quartiers de Bamako la capitale du pays aboutissent aux mêmes conclusions. Ces observations montrent bien que le rôle des sources d'eau potable comme moyen de prévention de maladies peut être compromise lorsque ces dernières ne font pas l'objet de protection contre la surveillance et de traitement périodique. (Voir tableau 1 et 2).

D'après des enquêtes et non spécifiques il ressort que la proportion des familles rurales disposant d'installations sanitaires (latrines) atteint à peine 20%. Si en milieu urbain la couverture peut atteindre 60% en milieu rural elle est presque nulle à beaucoup d'endroit ; et surtout, les installations sont bien souvent peu appropriées ou très mal entretenues.

La gestion des ordures ménagères est davantage préoccupante. En milieu urbain elle se propose en terme de difficultés d'organisation de la collecte, d'entreposage, d'insuffisance (voir absence) de moyens logistiques. Quand au milieu rural, les déchets ne constituent pas un problème majeure de nuisance publique. Ils sont par ailleurs utilisés comme fertilisant dans les champs. Toutefois leurs mauvais conditionnement à domicile, notamment les déjections animales, fait qu'un intérêt particulier leur doit être accordé ; la solution idéale consisterait en l'introduction du compostage dans les pratiques de traitement des ordures.

Cette situation est à la base du tableau épidémiologique peu enviable ou :

- les maladies diarrhéiques constituent la seconde cause de mortalité infantile après le paludisme, car si les vertus de la RVO sont bien admises, elles ne peuvent et ne doivent pour autant perçues que comme mesures complémentaires à celles envisageables dans un vaste programme de l'hygiène de l'eau, de conditionnement des excréta et, de salubrité des aliments et de l'environnement.

**SITUATION DES PRINCIPALES AFFECTIONS LIEES A L'EAU ET  
A UN ENVIRONNEMENT MALSAIN AU COURS DE L'ANNEE 90  
(Extrait de l'Annuaire Epidémiologique 1990)**

Affection	Nombre de cas	Taux d'incidence 100.000 Habitants	Taux de mortalité 100.000 Hts
Choléra	0	0,00	0,00
Typhoïde/paratyphoïde	1.367	16,91	0,11
Polio présumée	63	1,08	0,00
Fièvre jaune	156	1,93	0,01
Hépatite virale présumée	1.616	19,99	0,75
trypanosomiase	5	0,06	0,01
Onchocercose	1.175	14,54	0,00
Diarrhée avec déshydratation	14.190	175,55	2,46
Diarrhée sans déshydratation	55.553	687,26	0,53

- Le paludisme selon les statistiques des formations sanitaires du pays constitue la principale cause morbidité, avec un taux de mortalité particulièrement élevé chez les enfants de moins 5 ans et les femmes enceintes (voir tableau...). Des études réalisées en 1980 ont indiqué que, par le fait du paludisme, l'Etat perd chaque année au moins 7 millions de journées de travail en dehors des énormes ressources mobilisées pour les soins et les équipements médicaux.

Enfin, chaque année, des sommes importantes sont dégagées pour l'achat et l'équipement de formations sanitaires, cela pour soigner plusieurs maladies liées au "péril fécal" : Choléra, Fièvre Typhoïde, Diphtérie, Dysenteries, etc...

L'avènement d'un assainissement individuel et collectif permettrait au Mali de diminuer les charges, donc une rentabilité accrue pour l'économie nationale.

**IV / SITUATION ESCOMPTEE AU TERME DU PROJET :**

Au niveau de la Direction du projet (Division de l'Hygiène et l'Assainissement):

- Développer les capacités des techniques dans la conception, la planification et l'exécution des programmes ;

- Transmettre aux techniciens des connaissances pratiques dans les gestions;
- apprendre aux techniciens des méthodes appropriées et adaptées de mobilisation et d'organisation des communautés bénéficiaires du projet;
- Former les cadres dans l'initiation et la mise en oeuvre d'activités de surveillance et de contrôle de la qualité de l'eau et de l'environnement en vue d'appliquer les mesures correctives en cas de besoin.

Au niveau des collectivités bénéficiaires :

- Créer un environnement hygiénique et salubre ;
- Amener les populations à prendre en charge leur problème de santé en participant à la gestion de la qualité de leur environnement ; par une plus grande implication des femmes.

#### **V / ZONE DU PROJET :**

Le présent projet aura pour mission de réaliser ses objectifs spécifiques et les activités y afférentes sur toute l'étendue de la République du Mali.

La mise en oeuvre de la première phase de l'objectif général de développement du présent projet se limitera au niveau de sept régions mais dans vingt trois cercles sur 46 que compte le pays et trois communes du District de Bamako.

**TABLEAU DE LA REPARTITION DES POPULATIONS PAR CERCLE DE LA ZONE DU PROJET**

REGIONS	CERCLES	POPULATIONS
KAYES	Kayes	255.850
	Nioro	134.657
	Kita	243.613
KOULIKORO	Kati	353.053
	Kangaba	56.188
	Kolokani	155.888
SIKASSO	Bougouni	225.105
	Kolondiéba	101.892
	Yanfolila	127.056
SEGOU	Zone Office du Niger (Niono)	172.065
	Baraoueli	131.286
	Ségou	434.777
MOPTI	Mopti	253.029
	Djéné	127.672
	Bankass	157.794
	Koro	217.550
TOMBOUCTOU	Diré	78.990
	Goundam	114.972
	Gourma Rharous	86.599
GAO	Gao	156.408
	Ansongo	75.434
	Ménaka	387.781
DISTRICT DE BAMAKO	Commune I	143.960
	Commune III	95.206
	Commune IV	119.455

**Population totale concernée par la zone du projet 4.412.285**

## VI / CADRE INSTITUTIONNEL DU PROJET

C'est l'organisation au sein de laquelle seront développés, maintenus et renforcés les acquis des travaux prévus dans le projet.

La mise en oeuvre des activités du projet, basée sur une collaboration intersectorielle, nécessite la participation des organismes suivants :

\* MINISTRE DU PLAN :

- Direction Nationale du Plan

\* MINISTRE DES MINES, DE L'HYDRAULIQUE ET DE L'ENERGIE :

- Direction Nationale de l'Hydraulique et de l'Energie

\* MINISTRE DES TRAVAUX PUBLICS ET DES TRANSPORTS

- Direction Nationale de l'Urbanisme

\* MINISTRE DE LA SANTE, LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

- Direction Nationale de la Santé Publique
- Division Hygiène et Assainissement

La Division Hygiène et Assainissement dans sa structure nationale est décentralisée au niveau régional et celui du cercle. Le Niveau de région est géré par des Ingénieurs Sanitaires assistés par des techniciens supérieurs en génie sanitaire. Au niveau périphérique, la majorité des cercles sont dirigés par les techniciens supérieurs en génie sanitaire ayant comme collaborateur directe les techniciens d'assainissements et les agents sanitaires.

Dans la mise en oeuvre du présent projet, la Direction du projet envisage de compléter son programme de formation de cadres de conception et de gestion de niveau central et régional.

Le tableau ci-après résume le nombre et la qualification de personnel que dispose par niveau de décentralisation la Division de l'Hygiène et de l'Assainissement.

**TABLEAU DE REPARTITION DES AGENTS DE LA DIVISION  
HYGIENE ET ASSAINISSEMENT**

	Médecins et Ingénieurs Sanitaires	Techniciens Sanitaires	Agents Techniques d'Assainissements
DNSP - (DHA)	8	17	9
DRSPAS - D.Bamako	1	12	5
DRSPAS - Kayes	1	10	0
DRSPAS - Koulikoro	1	7	-
DRSPAS - Sikasso	1	12	0
DRSPAS - Ségou	1	9	2
DRSPAS - Mopti	1	9	1
DRSPAS - Tombouctou	1	5	-
DRSPAS - Gao		6	-

\* DNSP (DHA) Direction Nationale de la Santé Publique (Division Hygiène et Assainissement)

\* DRSPAS Direction Régionale de la Santé Publique et des Affaires Sociales

Le Direction Nationale de la Santé Publique à travers sa Division de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement sera le point focal du programme en assurant la coordination entre les services techniques engagés dans l'exécution du projet.

Le Chef de la Division Hygiène et Assainissement assurera les fonctions de Coordinateur National du projet.

Un Comité National composé des directeurs de services techniques impliqués assurera le suivi de l'exécution des missions dévolues à leurs structures techniques. Le Directeur National de la Santé assurera la Présidence du Comité et le Coordinateur National du secrétariat.

Au niveau régional, un comité technique de coordination et d'appui aux cercles sera mis sur pied. Il comprend les directeurs régionaux des structures techniques. Le Comité régional sera présidé par le Gouverneur ; le secrétariat sera rassuré par le Directeur régional de la santé à travers son chef de division de l'Hygiène et de l'Assainissement.

Au niveau cercle, sera institué un comité d'appui opérationnel comprenant les services nationaux décentralisés. Il aura pour but de fournir l'appui opérationnel au niveau des villages ainsi que l'encadrement, la supervision des agents de terrains du niveau local, le suivi de l'exécution des travaux sur le terrain et l'élaboration des rapports mensuels sur l'état d'avancement des activités du projet.

Le projet accordera une importance capitale à la formation des formateurs au niveau cercle en vue de fournir un appui opérationnel au niveau des villages.

Les formateurs auront pour mission essentielles : l'encadrement et la supervision des activités de mise en oeuvre des ouvrages retenus au niveau village : la construction des latrines, la réhabilitation, l'aménagement, la construction des points d'eau, le drainage autour des points d'eau, la plantation d'arbres sur les superficies drainées autour des points d'eau, appui à tout programme d'amélioration de l'habitat, l'éducation en hygiène et assainissement et la promotion d'activité à intérêts communautaires avec la participation des femmes.

Pour les besoins du suivi régulier des activités du projet :

- Au niveau cercle un rapport mensuel très concis d'environ deux pages fera l'état d'avancement du projet. Il contiendra des éléments sur : les activités prévues pour le mois, les activités réalisées ; les contraintes rencontrées lors de la mise en oeuvre des activités et les solutions envisagées ; enfin les activités planifiées pour le mois suivant.

- Au niveau régional un rapport trimestriel résumera les rapports mensuels des différents cercles. Ce rapport régional fera l'objet d'un examen approfondi par le Comité National de Coordination du niveau Central qui se réunira chaque trimestre à cet effet.

- Au niveau Central, un rapport semestriel sera rédigé par le Coordinateur National du projet en étroite collaboration avec le Conseiller Technique Principal du projet. Ce rapport sera présenté pour examen et évaluation au Comité National élargi à cette occasion, aux représentants des donateurs et l'agence d'exécution.

Une attention particulière sera portée sur le groupe mère-enfant, en raison de sa vulnérabilité, face aux effets des différentes épidémies aiguës des maladies liées à l'eau.

Le projet aura aussi comme cible le renforcement de la décentralisation des services techniques concernés par le projet par :

- La promotion de la collaboration inter-sectorielle dans la conception et la mise en oeuvre des activités du projet.
- L'amélioration de la capacité du savoir faire du personnel technique et des agents villageois qui interviennent dans les différents travaux du projet.
- Le renforcement de la capacité gestionnaire du personnel des services techniques aux différents niveau de la décentralisation.

## **VII / OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT :**

L'objectif général de développement du présent projet est, d'une part de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations par la mise en valeur rationnelle des points d'eau et des ouvrages d'assainissement adéquats en milieu rural et péri-urbain ; aussi d'améliorer la santé et le cadre de vie de la femme, de l'enfant et de l'ensemble des populations du milieu rural et péri-urbain par la prévention des maladies d'origines hydrique ; telles que le paludisme, les parasites intestinaux, la diarrhée, la dracunculose et d'autres infections imputables aux aspects négatifs du manque d'eau potable, de l'assainissement inadéquat ; et de contribuer également à la réduction de la mortalité infantile imputable à la diarrhée et à la déshydratation d'autre part ; d'accroître la capacité d'intervention de la Direction du Projet sur le terrain.

### **Objectif Spécifiques :**

- 7.1.** Accroître et/ou renforcer d'une manière significative la capacité de gestion et de planification des services techniques de l'hygiène et de l'assainissement au niveau national, régional et de cercle.
- 7.2.** Faire l'analyse de la situation dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement du milieu urbain, péri-urbain et rural.
- 7.3.** Renforcer la capacité d'intervention des services techniques de l'hygiène au niveau central, régional et de cercles dans l'exécution des ouvrages du secteur "Eau Potable et Assainissement".
- 7.4.** Réduire l'incidence du paludisme au niveau des collectivités décentralisées concernées par le projet.
- 7.5.** Rendre opérationnelles les activités de surveillance de la qualité de l'eau potable suivie des applications des mesures correctives en cas de besoin.
- 7.6.** Promouvoir la mise en oeuvre des activités de conditionnement, d'évaluation des déchets divers et de leur traitement en vue d'une destruction appropriée.
- 7.7.** Promouvoir le traitement des eaux de surface en vue d'amenuiser les risques de contaminations des maladies transmises directement ou indirectement par l'eau, telles : schistosomiase, dracunculose, etc et encourager le dépistage et le traitement de ces maladies au niveau des écoles et des collectivités.
- 7.8.** Renforcer la capacité participative des femmes en vue de soutenir l'extension et le suivi des ouvrages mis à la dispositions de la communauté, et aussi promouvoir l'éducation en hygiène au niveau des écoles fondamentales.
- 7.9.** Doter le projet de moyens logistiques et humains pour exécuter les actions retenues.

Objectifs spécifiques :

- 7.1. Accroître et/ou renforcer d'une façon significative la capacité de gestion et de planification de service technique de la division de l'hygiène au niveau national, régional et de cercles.

Résultats attendus	Activités
<p>1.1. Disposition d'une part de 4 ingénieurs sanitaires et de 15 techniciens supérieurs au niveau central capables de concevoir et de maîtriser la gestion de programme national de l'hygiène et de l'assainissement ; et d'autre part disposer de 8 ingénieurs sanitaires au niveau régional capables de maîtriser la gestion de niveau régional dans le concept de l'appui technique des cercles.</p>	<p>1.1.1 Sélectionner l'établissement à retenir pour former les cadres de gestion dans le domaine de l'hygiène du milieu et de l'assainissement.</p> <p>1.1.2. Sélectionner les responsables de niveau central et de niveau régional à former en gestion dans le domaine de l'hygiène du milieu et de l'assainissement.</p> <p>1.1.3. Former les cadres des niveaux central et régional sélectionnés.</p>

Résultats attendus	Activités
1.2. Disposer de module de formation en processus gestionnaire, planification et programmation des activités en 1000 exemplaires de séminaire /ateliers des membres du comité de santé des cercles.	1.2.1. Préparer et produire des modules de formation en processus gestionnaire, planification et programmation des activités sanitaires d'intérêts communautaires et axes sur la collaboration inter-sectorielle.
1.3. Disposer de 100 décideurs et responsables de niveau national, régional et cercles formes en processus gestionnaire, planification et programmation capable de mettre en application nouvelles connaissances au bénéfice des collectivités décentralisées dans un contexte de collaboration inter-sectorielle et de la participation communautaire.	1.3.1. Sélectionner et former des personnes ressources et techniques du niveau national, régional et de cercle en processus gestionnaire et planification axes sur les besoins prioritaires de santé communautaire.  1.4.1. Sélectionner et former des formateurs des comités de développement et de santé des villages de cercles en processus gestionnaire et planification des besoins.
1.4. Disposer de 400 formateurs - (techniciens de niveau cercle) formes en processus gestionnaire, planification, programmation et capables de former à leur tour les membres des comités de villages de développement et de santé.	1.4.2. Organiser des séminaires ateliers régionaux pour la formation des techniciens locaux.  1.4.3. Ré dynamiser ou créer des comités de développement et des comités de santé au niveau régional et de cercle.
1.5. Rendre opérationnel 50 comités de santé régionaux/cercles capables d'élaborer leurs plan d'action régionaux et de cercle en vue de promouvoir la collaboration inter-sectorielle.	1.5.1. Passer en revue les pds régionaux pour y inclure des secteurs d'activités publics ou peu développés en vue d'une repianification appropriée.  1.5.2. Inclure dans les pds régionaux les défaillances relevées lors de l'analyse générale de la situation en matière d'assainissement et approvisionnement en eau potable et évacuation des déchets et excréta.

## OBJECTIFS IMMEDIATS RESULTATS ET ACTIVITES

### Objectifs spécifiques

- 7.2. Faire l'analyse de la situation dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement, péri-urbain et rural.

Résultats attendus	Activités
2.1. Produire un questionnaire environ 9.000 exemplaires devant servir comme support à l'analyse technique de la situation du secteur.	2.1.1. Préparer le contenu des questionnaires permettant la collecte des données utiles à l'évaluation de la couverture actuelle du service, sur la répartition et l'importance des maladies imputable à l'eau ou au manque d'hygiène et d'ouvrage adéquats d'assainissement.
2.2. -Disposer de 100 enquêteurs capables de mettre en oeuvre l'analyse globale de la situation du secteur.	2.2.1. Organiser un séminaire atelier nationale de 10 jours visant à transmettre les connaissances "ad hoc" aux personnes ressources Division de l'hygiène ; hydraulique et des secteurs apparentés (Education Nationale, Administration du Territoire).
2.3. Disposer des indicateurs en % définissant la couverture actuelle du service de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau potable par régions et cercles en vue d'établir les cartes sanitaires dans le domaine.	2.3.1. Evaluer en pourcentage la couverture actuelle du service de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau potable dans les villages représentatifs sélectionnés par cercle.
2.4. Disposer des cartes reflétant les besoins socio-sanitaires et ou prioritaires du Gouvernement dans le secteur eau potable et assainissement par cercles.	2.4.1. Etablir les cartes des besoins socio-sanitaires par cercle reflétant la couverture actuelle des services de l'assainissement en eau potable.

**Objectif spécifique :**

- 7.3. Renforcer les capacités d'interventions des services techniques de la Division de l'Hygiène tant au niveau national, régional et des cercles ; en vue d'améliorer l'exécution des ouvrages du secteur eau potable et assainissement.

Résultats attendus	Activités
3.1. Elaborer des modules de formation en 400 exemplaires pour la formation technique des formateurs de niveau national, régional et de cercle.	3.1.1. Préparer le contenu technique des modules de formation à utiliser dans le cadre du résultat "1" ci-contre. Le contenu technique de ces modules sera axé sur les aspects de construction et réhabilitation des ouvrages, de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement en général.
3.2. Disposer de 300 formateurs capables d'encadrer et de superviser le personnel du terrain, les membres des comités de villages pour exécuter les activités programmées par le présent projet.	3.2.1. A partir des modules de formation ci-dessus, recycler ou former les formateurs des cercles et les rendre capables d'appliquer les différentes techniques de construction et/ou de réhabilitation des ouvrages de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement.
3.3. Disposer des agents au niveau village concerné par le projet et au sein des comités de développement de villages, capables d'encadrer les travaux de construction et de réhabilitation retenues par le comité.	3.3.1. Former les agents du terrain les membres des comités de villages de développement pour exécuter les travaux requis de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement.
3.4. Disposer de l'équipement et de matériaux de construction nécessaires au développement des activités de santé communautaire au niveau du village.	3.4.1. fournir l'équipement et les matériaux de construction pour l'exécution des ouvrages retenus dans le projet. 3.4.2. Construire 200 latrines publiques, (écoles, marchés, formations sanitaires) 50 latrines améliorées et ventilées dans chacun des 900 villages. 3.4.3. Aménager 1500 forages et réhabiliter leurs pompes. 3.4.4. Aménager 100 puits pastoraux à grands diamètres. 3.4.5. Construire 200 puits grands diamètres dans les arrondissements du projet. 3.4.6. Construire 200 forages équipés de pompes dans les villages sélectionnés.

Résultats attendus	Activités
3.5. Prendre possession de manière opérationnelle des ouvrages d'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement, permettant de réduire les maladies d'origine hydrique	3.5.1. Exécuter et superviser les travaux de construction et/ou de réhabilitation des points d'eau des latrines ou d'autres ouvrages d'assainissement d'intérêts communautaire.

**Objectifs spécifiques :**

7.4. Réduire l'incidence du paludisme au niveau des collectivités décentralisées et concernées par le projet.

Résultats attendus	Activités
4.1. Disposer d'une technique standard de lutte anti-vectorielle à appliquer dans le pays et du niveau de chaque cercle.	4.1.1. Sélectionner par les diverses approches des méthodes chimiques et mécaniques de lutte anti-vectorielles la mieux appropriée permettant de réduire la population vectrice.
4.2. Disposer au niveau de chaque cercle d'un petit noyau de personnel formé et capable d'appliquer la technique retenue.	4.2.1. Sélectionner et former les agents de terrain chargés d'appliquer la technique de la lutte chimique et mécanique retenue.
4.3. Disposer avant la campagne de lutte chimique contre la population vectrice d'un équipement et d'un insecticide approprié.	4.3.1. Fournir l'équipement et l'insecticide retenue pour organiser la lutte anti-vectorielle au sein des collectivités.
4.4. Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes enceintes.	4.4.1. Exécuter le programme et la lutte anti-vectorielle par l'approche chimique et associer à la chimio-prophylaxie.

**Objectif spécifique :**

- 7.5. Rendre opérationnelle les activités de surveillance de la qualité de l'eau potable suivie des applications des mesures correctives en cas de besoins.

Résultats attendus	Activités
5.1. Disposer des modules de formations (150 exemplaires) en matière de surveillance et contrôle de la qualité de l'eau potable à l'usage des techniciens de la salubrité de l'environnement.	5.1.1. Préparer et produire des modules de formation en surveillance et contrôle de la qualité de l'eau potable pour les techniciens de la salubrité de l'environnement.
5.2. Disposer de l'équipement et de réactifs nécessaires pour la formation et le démarrage des activités de la surveillance et de contrôle de la qualité de l'eau potable.	5.2.1. Fournir l'équipement requis (voir liste indicative en annexe) avant le démarrage des activités de surveillance et de la contrôle de la qualité de l'eau potable.
5.3. Disposer d'environ 200 techniciens de la salubrité de l'environnement formés et capables d'appliquer	5.3.1. Organiser des séminaires/ateliers de formation et/ou recyclage en technique de surveillance et de contrôle de la qualité de l'eau potable.

**Objectif spécifique :**

- 7.6. Promouvoir la mise en oeuvre des activités de conditionnement, l'évacuation des déchets et de leur traitement en vue d'une destruction appropriée.

Résultats attendus	Activités
<p>6.1. Disposer d'environ 50 techniciens capables d'analyser la situation du sous-secteur et être à proposer des solutions appropriées permettant de résoudre les problèmes de la communauté concernée.</p> <p>6.2. Doter le projet d'un ensemble des équipements appropriés pour développer les activités retenues dans ces domaines (voir liste en annexe).</p>	<p>6.1.1. Sélectionner et former le personnel technique des municipalités en gestion des système d'évacuation des ordures.</p> <p>6.2.1. Faire des Séminaires/Ateliers au bénéfice des techniciens municipaux dans l'organisation et la mise en place des systèmes des collectes d'évacuation et de traitement des déchets divers.</p> <p>6.2.2. Réactualiser la liste des équipements, passer les commandes et entraîner le personnel à son utilisation.</p>

**Objectif spécifique :**

- 1.7.** Promouvoir le traitement des eaux de surface en vue d'amenuiser les risques de contamination des maladies transmises directement ou indirectement par l'eau telles que schistosomiase, dracunculose, etc... et encourager le dépistage et le traitement de ces maladies au niveau des Ecoles et des Collectivités.

Résultats attendus	Activités
<b>7.1.</b> Améliorer les qualités biologiques des eaux de surface afin de rendre le milieu incompatible à la survie des vecteurs.	<b>7.1.1.</b> Inventorier dans la zone du projet, les points d'eau de surface suspect et concernés par les risques de transmission de la dracunculose et la schistosomiase. <b>7.1.2.</b> Sélectionner les moyens de lutte chimique et/ou mécanique à appliquer dans chaque cas spécifique. <b>7.1.3.</b> Appliquer la technique de lutte appropriée contre le vecteur dans chaque cas.
<b>7.2.</b> Réduire l'endémicité et la morbidité dues à la dracunculose et la schistosomiase dans les collectivités concernées par le projet	<b>7.2.1.</b> Procéder au dépistage et au traitement précoce de ces maladies dans les milieux scolaires et dans les villages en assurant la fourniture des médicaments essentielles et des moyens logistiques. <b>7.2.2.</b> Appuyer le traitement par des actions d'informations, d'éducation et de sensibilisation soutenues par la construction des nouveaux points d'eau et de latrines. <b>7.2.3.</b> Sélectionner et former les groupes cibles en vue d'un changement positif en faveur de l'environnement.
<b>7.3.</b> Réduire l'endémicité et la morbidité dues à la dracunculose et la schistosomiase dans les collectivités concernées par le projet.	<b>7.3.1.</b> Procéder au dépistage et au traitement précoce de ces maladies dans les milieux scolaires et dans les villages en assurant la fourniture des médicaments essentiels et moyens logistiques. <b>7.3.2.</b> Appuyer le traitement par des actions d'information, d'éducation et de sensibilisation soutenues par la construction des nouveaux points d'eaux et de latrines.

**Objectif spécifique :**

7.8. Renforcer la capacité participative des femmes et des jeunes en vue de soutenir l'extension et le suivi des ouvrages et l'éducation à l'hygiène.

Résultats attendus	Activités
<p>8.1. Disposer de 20 femmes par village, encadrer, former en entretien et surveillance des ouvrages, et en éducation à l'hygiène et assainissement.</p> <p>8.2. Introduire des modules d'enseignement en éducation, à l'hygiène et l'assainissement pour les écoles fondamentales.</p>	<p>8.1.1. Préparer et produire les modules de formation des femmes.</p> <p>8.1.2. Sélectionner et former des femmes représentatives des différentes sensibilités de la communauté.</p> <p>8.2.1. Préparer et produire les modules d'enseignement.</p> <p>8.2.2. Sélectionner et former les enseignants chargés de promouvoir les modules dans les écoles.</p> <p>8.2.3. Programmer des concours de salubrité entre les différentes classes (ou écoles).</p>

Objectif spécifique :

**7.9. Doter le projet de moyens logistiques et humain pour exécuter les actions retenues.**

Résultats attendus	Activités
<p>9.1. Disposer des moyens techniques, matériels et humains nécessaires au fonctionnement de la Direction du projet et les fournitures de bureau.</p>	<p>9.1.1. Fournir du matériel non consommable : 15 véhicules tout terrain pour le niveau central, régional et de cercles pour faciliter l'appui techniques et la liaison et la superficie.</p> <p>9.1.2. fournir du matériel consommable : pièces de rechange et pneumatique pour les 15 véhicules prévus.</p> <p>9.1.3. Prendre en charge l'assistance technique. Ingénieur Sanitaire conseiller technique du projet (4 ans).</p> <p>9.1.4. Fournir du matériel non consommable pour le bureau du projet au niveau central et régional.</p>
<p>9.2. Disposer des moyens logistiques, et les fournitures de bureau pour les cercles concernés par le projet.</p>	<p>9.2.1. fournir du matériel non consommable : 26 motos tout terrain pour l'appui opérationnel dans les villages du projet.</p> <p>9.2.2. Fournir le matériel consommable : pièces de rechange, pneumatiques pour les véhicules et les motos du niveau cercle.</p> <p>9.2.3. Fournir du matériel non consommable pour les bureaux du projet du niveau cercle (moyens pour établir les rapports périodiques et les documents de formation des groupes cibles).</p>

PLAN D'ACTIVITE ANNUUEL 1995-1999

OBJECTIF SPECIFIQUE 1

ACTIVITES	1995		1996		1997		1998		1999	
	S <sup>1</sup>	S <sup>2</sup>								
1.1.1 Sélectionner les établissements de formation	xxx xx									
1.1.2 Sélectionner les cadres à former	xxx									
1.2.1 Préparer et produire les modules de formation		xxx								
1.3.1 Sélectionner et former les responsables de niveau national, régional et cercle et processus gestionnaire		xxx								
1.3.2 Sélectionner et former les formateurs		xxx								
1.4.1 Organiser des séminaires ateliers régionaux			xxxx							
1.4.2 Redynamiser et/ou créer les Comités de Développement et de Santé										
1.5.1 Passer en revue les projets de développement sanitaire régionaux	xxx	xxx								
1.5.2 Inclure dans les projets régionaux des défaillances relevées.	xxx	xx								

INDICATEURS ET DONNÉES A RECUEILLIR POUR L'ÉVALUATION DE LA COUVERTURE DE SERVICE DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT EN VUE D'ÉTABLIR LES CARTES SANITAIRES

INDICATEURS	DONNÉES A RECUEILLIR
<p>1.1. % de ménages disposant de latrines</p> <p>1.2. % de ménages disposant de latrines en bon état d'usage (super structure, porte)</p> <p>1.3. % de personnes utilisant les latrines dans les ménages en disposant</p>	<p>1.1.1 Nombre de ménages disposant de latrines</p> <p>1.1.2 Nombre total de ménages</p> <p>1.2.1 Nombre de ménages disposant de latrines en bon état d'usage</p> <p>1.2.2 Nombre de ménages disposant de latrines</p> <p>1.3.1 Nombre de personnes utilisant les latrines dans les ménages en disposant</p> <p>1.3.2 Nombre total de personnes dans les ménages en disposant</p>
<p>2.1. % de ménages utilisant l'approche d'enfouissement des ordures</p> <p>2.2. % de ménages évacuant les ordures au dépotoir public reconnu pour les responsables du village</p> <p>2.3. % de ménages ayant l'habitude de jeter leurs ordures dans la nature environnante</p>	<p>2.1.1 Nombre de ménages ayant l'habitude d'enfouir les ordures</p> <p>2.1.2 Nombre total de ménages</p> <p>2.2.1 Nombre de ménages évacuant les ordures au dépotoir public reconnu du village</p> <p>2.2.2 Nombre total de ménages</p> <p>2.3.1 Nombre de ménages ayant l'habitude de jeter leurs ordures dans la nature environnante</p> <p>2.3.2 Nombre total de ménages</p>
<p>3.1. % de concessions utilisant l'approche d'enfouissement des ordures</p> <p>3.2. % de concessions utilisant de service de ramassage des ordures à domicile</p> <p>3.3. % de concessions évacuant leurs ordures au dépotoir public à l'emplacement retenu par le service responsable</p> <p>3.4. % de concessions évacuant les ordures ménagères dans la nature environnante</p>	<p>3.1.1 Nombre de concessions ayant l'habitude d'enfouir les ordures</p> <p>3.1.2 Nombre de concessions totales</p> <p>3.2.1 Nombre de concessions bénéficiant de service de collecte des ordures à domicile</p> <p>3.3.1 Nombre de concessions évacuant les ordures au dépotoir</p> <p>3.4.1 Nombre de concessions ayant l'habitude de jeter les ordures dans la nature environnante</p> <p>3.4.2 Nombre total de concessions</p>

**INDICATEURS ET DONNEES A RECUEILLIR POUR L'ÉVALUATION DE LA COUVERTURE DE SERVICE DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT EN VUE D'ÉTABLIR LES CARTES SANITAIRES**

INDICATEURS	DONNEES A RECUEILLIR
4.1. % de ménages s'approvisionnant en eau potable à domicile ou à moins de 15 minutes de marche	4.1.1 Nombre de ménages s'approvisionnant en eau potable à domicile ou à moins de 15 minutes de marche
4.2. % de points d'eau privés protégés (assainis ou drainés)	4.1.2 Nombre total de ménages 4.2.1 Nombre total de ménages 4.2.2 Nombre de points d'eau privés protégés (assainis ou drainés)
4.3. % de points d'eau publics protégés	4.3.1 Nombre de points d'eau publics 4.3.2 Nombre de points d'eau publics
4.4. % de points d'eau publics et privés faisant l'objet de contrôle bactériologique au moins trois fois par an	4.4.1 Nombre de points d'eau faisant l'objet de contrôle bactériologique au moins trois fois par an 4.4.2 Nombre total de points d'eau dans le village
4.5. % de ménages s'approvisionnant en eau auprès de marchand ambulant de l'eau	4.5.1 Nombre de ménages s'approvisionnant auprès de marchand ambulant de l'eau 4.5.2 Nombre total de ménages
4.6. % de points d'eau situés à moins de 11 mètres d'une source de pollution	4.6.1 Nombre de puits situés à moins de 11 m d'une source de pollution 4.6.2 Nombre total de puits
4.7. % de ménages qui stockent l'eau à domicile en quantité importante dans les mauvaises conditions d'hygiène	4.7.1 Nombre de ménages qui stockent l'eau à domicile en quantité importante 4.7.2 Nombre total de ménages
4.8. % de puits équipés de pompes dans le village	4.8.1 Nombre de puits équipés de pompes dans le village 4.8.2 Nombre total de puits dans le village
4.9. % de puits équipés de pompes à main et assainis dans le village	4.9.1 Nombre de puits équipés de pompes à main et assainis dans le village 4.9.2 Nombre total de puits équipés de pompes à main dans le village.
4.10. % de villages qui disposent d'un char à l'entretien et à la gestion de pompes.	4.10.1 Nombre de villages qui disposent de puits équipés de pompes et qui ont un responsable à la gestion de pompe à main 4.10.2 Nombre total de villages qui disposent de puits équipés de pompe à main

INDICATEURS ET DONNEES A RECUEILLIR POUR L'EVALUATION DE LA COUVERTURE DE SERVICE DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT EN VUE D'ETABLIR LES CARTES SANITAIRES

INDICATEURS	DONNEES A RECUEILLIR
4.11% de pompes installées dans les villages de la préfecture qui bénéficient de l'entretien préventif et périodique	4.11.1 Nombre de pompes installées dans les villages de la préfecture qui bénéficient de l'entretien préventif et périodique.
4.12% de pompes à main installées dans les villages de la préfecture qui ne sont pas en état fonctionnel.	4.11.2 Nombre total de pompes installées dans les villages de la préfecture qui ne sont pas en état fonctionnel
4.13% de type de marque de pompes existantes dans les villages et dans le cercle	4.12.1 Nombre de pompes à main installées dans les villages de la préfecture qui ne sont pas en état fonctionnel
4.14% de villages disposant de pompes qui bénéficient de service d'un artisans réparateur formé	4.13.1 Nombre de pompes par types de marque dans le villages de la préfecture
4.15% de cercles qui sont dotés de vente de pièces de réparation de pompes	4.13.2 Nombre total de pompe dans le cercle
4.16% de ménage dans le village disposant de douche aménagées ayant de disposition d'élimination des eaux et douche	4.14.1 Nombre de villages qui disposent d'un réparateur formé
5.1% de personnes ayant eu au moins deux épisodes de diarrhées en un an	4.14.2 Nombre total de villages qui disposent de pompes
5.2% de personnes ayant eu de vers intestinaux au cours de 12 derniers mois	4.15.1 Nombre de villages dans le cercle qui ont un magasin de vente de pièces de réparation de pompe
5.3% de personnes ayant eu du paludisme au cours des 12 derniers mois	4.16.1 Nombre de ménagés dans le village qui disposent de douchés aménagés ayant de disposition d'élimination des eaux de toilettes
	4.16.2 Nombre total de ménage dans le village.
	5.1.1 Nombre de personnes ayant eu au moins deux épisodes de diarrhées au cours de 12 mois.
	5.1.2 Nombre total de personnes
	5.2.1 Nombre de personnes ayant eu des vers intestinaux au cours des 12 derniers mois.
	5.2.2 Nombre de personnes total
	5.3.1 Nombre de personnes ayant eu du sang dans l'urine au cours des 12 derniers mois.
	5.3.2 Nombre total de personnes

INDICATEURS ET DONNEES A RECUEILLIR POUR L'EVALUATION DE LA COUVERTURE DE SERVICE DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT EN VUE D'ETABLIR LES CARTES SANITAIRES

INDICATEURS		DONNEES A RECUEILLIR	
5.4%	de personnes eu de sang dans l'urine au cours de 12 derniers mois	5.4.1	Nombre de personnes ayant eu du sang dans l'urine au cours des 12 derniers mois.
		5.4.2	Nombre total de personnes
5.5%	de personnes qui ont la dracunculose dans le village	5.5.1	Nombre de personnes dans le village qui ont la dracunculose
		5.5.2	Nombre total de personnes dans le village
5.6%	de villages dans le cercle dont les villages ont la dracunculose.	5.6.1	Nombre de village dans le cercle dont les villageois ont la dracunculose
		5.6.2	Nombre total de villages
6.1%	des écoles de villages approvisionnées en eau potable.	6.1.1	Nombre des écoles de villages disposant de latrines
		6.1.2	Nombre total des écoles de villages
6.2%	des écoles de villages approvisionnées en eau potable.	6.2.1	Nombre des écoles de village
		6.2.2	Nombre total des écoles de villages
6.3%	de formations sanitaires de villages disposant de latrines.	6.3.1	Nombre de formations sanitaires de villages disposant de latrines
		6.3.2	Nombre total de formations sanitaires de villages.
6.4%	de formations sanitaires de villages approvisionnés en eau potable	6.4.1	Nombre de formations sanitaires de villages approvisionnés en eau potable
		6.4.2	Nombre total de formations sanitaires
6.5%	de marchés de villages disposant de latrines	6.5.1	Nombre de marchés de villages disposant de latrines.
		6.5.1	Nombre de marchés de villages total.
6.6%	de marchés de villages approvisionnés en eau potable.	6.6.1	Nombre de marchés de villages approvisionnés en eau potable
		6.6.2	Nombre de marchés de villages total.

## RESUME DU BUDGET

En francs CFA

OBJECTIFS SPECIFIQUES	COUT	OBSERVATION
1. Accroître et/ou renforcer d'une manière significatif la capacité de gestion et de planification des services techniques de l'hygiène et de l'assainissement au niveau national, régional et du cercle.	578 758 700	
2. Faire l'analyse de la situation dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement du milieu urbain, périurbain et rural.	336 916 800	
3. Renforcer la capacité d'intervention des services techniques de l'hygiène au niveau central, régional et du cercle dans l'exécution des ouvrages du secteur "eau potable et assainissement"	3 740 760 500	
4. Réduire l'incidence du paludisme au niveau des collections concernées par le projet.	531 766 000	
5. Réduire opérationnelle les activités de surveillance de la qualité de l'eau potable suivie de l'application des mesures correctives en cas de besoin.	491 989 500	
6. Promouvoir la mise en oeuvre des activités de conditionnement, d'évaluation des déchets divers et leurs traitement en vue d'une destruction appropriée.	430 560 500	
7. Promouvoir le traitement des eaux de surface en vue d'amenuiser les risques de contamination par les maladies transmises directement ou indirectement par l'eau, telles que : Schistosomiase etc... et encourager le dépistage au niveau des écoles et des collectivités.	418 945 600	

8. Renforcer la capacité participative des femmes en vue de soutenir l'extension et le suivi des ouvrages mis à la disposition de la communauté, et aussi promouvoir l'éducation en hygiène au niveau des écoles fondamentales.	17 228 700	
9. Doter le projet de moyens logistiques et humains pour exécuter les actions retenues	1 536 710 870	
<b>Total général</b>	<b>8 083 635 170</b>	

Financement recherché : 8. 083. 635. 710. F CFA.

TABLEAU DETAILLÉ DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET EN F CFA.

Activités	Intervenants	Coût estimatifs	Source de financement
1.1.1. Sélectionner l'établissement à retenir pour former les cadres de gestion dans le secteur de l'hygiène du milieu et de l'assainissement.	- Direction du projet - Conseiller Technique	1 276 200	Projet
1.1.2. Sélectionner les responsables du niveau central et du niveau régional à former en gestion.	- Direction du projet - Conseiller Technique	638 100	Projet
1.2.1. Préparer et produire les modules de formation au programme gestionnaire, à la planification, à la programmation et à l'exécution des activités de développement d'intérêt communautaire, axée sur une collaboration inter-sectorielle.	- Bureau sous-régional de développement sanitaire de l'OMS de Bamako, expert du Corps de la Paix et trois consultants pour 2m/h chacun.	70 191 000	OMS et USAID
1.3.1. Sélectionner, informer et former les personnes ressources de niveau central et régional en processus gestionnaire, planification, programmation et exécution des activités sanitaires d'intérêt communautaire.	- Encadreurs nationaux, expert du Corps de la Paix et du Bureau sous Régional de Développement Sanitaire de l'OMS de Bamako.	261 621 000	
1.3.2. Sélectionner et former les formateurs des comités de développement et des comités de santé des villages par cercle en processus gestionnaire, planification, programmation et exécution des activités sanitaires d'intérêt communautaire.	- Encadreurs nationaux, Bureau Sous-régional de développement sanitaire de l'OMS de Bamako et experts du Corps de la Paix.	25 524 000	Projet USAID - Expert formateur
1.3.3. dépouiller les données recueillies et calculer les indicateurs à exploiter pour établir les cartes des besoins socio-sanitaires (eau-assainissement diverses pathologies, défectuosité des pompes) par arrondissement. Produire carte sanitaire.	- Division de l'hygiène, Direction de l'Hydraulique en collaboration avec le Bureau Sous-régional de Développement Sanitaire de l'OMS de Bamako.	5 742 900	Projet

TABLEAU DÉTAILLÉ DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.

1.4.1. Organiser des séminaires/ Ateliers régionaux pour la formation des techniciens locaux	- Encadreurs nationaux, Bureau sous-Régional OMS.	63 810 000	Projet
1.4.2. Redynamiser et/ou créer les comités de développement, les comités de santé au niveau des villages pour exécuter les ouvrages de l'approvisionnement en eau potable et assainissement y compris la supervision et l'encadrement de ces agents villageois.	- Direction Nationale du Projet, le Conseiller Technique principal, les volontaires des Nations Unies, les volontaires du corps de la Paix et les formateurs.	114 858 000	Projet
1.5.1. Passer en revue les projets de développement sanitaire régionaux pour y inclure des secteurs d'activité oubliés ou peu développés en vue d'une replanification appropriée.	- Direction Nationale du Projet, le Conseiller technique principal, Bureau Sous-Régional OMS.	31 905 000	
1.5.2. Inclure dans les PDS régionaux les défaillances relevées lors de l'analyse générale de la situation en matière d'assainissement.	- Direction Nationale du Projet, Bureau Sous-Régional OMS. Responsables régionaux de l'assainissement, Conseiller technique.	3 190 500	
Sous Total (1)		578 758 700	

Activités	Intervenants	Coût estimatifs	Source de financement
2.1.1. Préparer et produire le questionnaire de l'évaluation sur la couverture de l'approvisionnement en Eau Potable au niveau des ménages des villages.	- Personnel de la Division de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec le Bureau Sous-régional de Développement sanitaire de l'OMS de Bamako.	11 485 800	
2.2.1. Transférer la méthodologie et l'évaluation par la formation des enquêteurs (personnel sanitaire, enseignants assistants sociaux et personnel de la condition féminine et des affaires sociales).	- Personnel de la Division de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec le Bureau Sous-régional de Développement sanitaire de l'OMS de Bamako.	204 192 000	Projet
2.3.1. Evaluer la couverture du service de l'Assainissement et de l'approvisionnement en eau potable dans les villages représentatifs, sélectionnés par arrondissement.	- Enquêteurs formés (techniciens sanitaire enseignants, assistants sociaux et personnel de la Condition Féminine et des Affaires sociale.	25 524 000	
2.4.1. Etablir les cartes de besoins socio-sanitaire, par arrondissement, reflétant la couverture actuelle du service de l'Assainissement et de l'approvisionnement en eau potable.	- Personnel de la Division de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec le Bureau Sous-régional de Développement sanitaire de l'OMS de Bamako.	95 715 000	
Sous total (2)		336 916 800	

TABLEAU DÉTAILLÉ DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITÉ DU PROJET.

Activités	Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
3.1.1. Préparer le contenu technique des formateurs de niveau national, régional et cercle en construction et/ou réhabilitation des ouvrages.	- Direction Nationale du Projet, Conseiller Technique, Bureau Sous Régional OMS.	6 381 000	Projet
3.2.1. Recycler et former les formateurs en technique de construction et/ou de réhabilitation des ouvrages.	- Direction Nationale du Projet, Conseiller Technique, bureau Sous-Régional OMS.	121 239 000	Projet
3.3.1. Former les agents de terrain, les membres du comité de village pour exécuter des travaux d'A.E.P.	- Direction du Projet Formateurs Régionaux et Locaux.	114 858 000	Projet
3.4.1. Fournir l'équilibre et les matériaux de construction requis pour entreprendre les travaux d'assainissement autour des points d'eau, la construction de 50 latrines améliorées et ventilées dans chacun des 900 villages sélectionnés dans la zone du projet.	- Direction Nationale du Projet, Conseiller Technique Principal, les volontaires des Nations Unies, équipes du Corps de la Paix (établir la liste de l'état des besoins pour passer la commande).	18 817 500	Projet
3.4.2. Fournir les pièces détachées pour la réhabilitation de 1.500 forages dont les pompes ne sont pas fonctionnelles	- Direction Nationale du Projet, Direction Nationale de l'Hydraulique, le Conseiller Technique Principal, Volontaires des Nations Unies et l'équipe du Corps de la Paix (établir la liste des besoins pour passer la commande).	92 315 000	Projet
3.4.3. Construire 100 puits pastoraux à grands diamètre dans la zone du projet.		752 700 000	Projet

TABLEAU DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET

3.4.4.	Construire 200 puits à grands diamètres dans les villages sélectionnés dans les arrondissements concernés par le projet.	- Direction Nationale du Projet en collaboration avec différents services techniques (hydraulique) et l'assistance technique du CARE.	1 129 050 000	Projet
3.4.5.	Construire 200 équipes de pompes dans les villages équipés de pompes dans les villages sélectionnés des arrondissements concernés par le projet.	- Direction Nationale du Projet en collaboration avec différents services techniques (hydraulique) et l'assistance technique du CARE.	752 700 000	Projet
3.5.1.	Exécuter et superviser les travaux de construction et/ou d'aménagement des points d'eau, des latrines et autres ouvrages d'assainissement d'intérêt communautaire.	- Direction Nationale du Projet, Conseiller technique, responsables régionaux de l'assainissement.	752 700 000	Projet
<b>Sous total (3)</b>			<b>3 740 760 500</b>	

TABLEAU DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.

Activités	Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
4.1.1. Sélectionner par les diverses approches des méthodes chimiques de lutte anti-vectorielle la technique appropriée permettant de Réduire la pollution	- Direction Nationale du Projet, Bureau Sous-Régional OMS.	3 391 000	Projet
4.2.1. Sélectionner et former les agents de terrain chargés d'appliquer la technique de la lutte anti-vectorielle au niveau de chaque arrondissement.	- Direction Nationale du Projet, Bureau Sous-Régional OMS.	1 276 000	"-
4.3.1. Fournir l'équilibre et l'insecticide approprié pour organiser la lutte anti-vectorielle au niveau de chaque arrondissement.	- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal	461 575 000	"-
4.4.1. Exécuter le programme de lutte anti-vectorielle par l'approche chimique associée à la chimio-prophylaxie.	- Direction Nationale du Projet, Bureau Sous-Régional OMS.	51 048 000	"-
<b>Sous total (4)</b>		<b>531 766 000</b>	

**TABEAU DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.**

Activités	Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
5.1.1. Préparer et produire des modules de formation en surveillance de la qualité de l'eau potable pour les techniciens de la salubrité de l'environnement.	Direction Nationale du Projet, Conseiller Principal du projet OMS.	12 762 000	Projet
5.2.1. Fournir l'équipement et les réactifs nécessaires pour démarrer et étendre les activités de surveillance et de contrôle de la qualité de l'eau au niveau de chaque arrondissement.	- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal	415 417 500	..
5.3.1. Organiser des séminaires-ateliers de formation et/ou recyclage en technique de surveillance et de contrôle qualité de l'eau potable	- Direction National du Projet, Conseiller Principal du Projet OMS.	63 810 000	..
<b>Sous total (5)</b>		<b>491 989 500</b>	

**TABEAU DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.**

Activités	Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
6.1.1. Sélectionner et former le personnel technique (50) en gestion des systèmes d'évacuation des ordures	- Direction Nationale du Projet, Direction Nationale des Services de la Voirie, Conseiller Principal Bureau Sous régional de l'OMS.	6 381 000	Projet
6.2.1. Faire des séminaires ateliers au bénéfice des techniciens municipaux dans l'organisation et la mise en place des systèmes de collecte, d'évacuation et de traitement de déchets divers.	- Direction Nationale du Projet, Direction Nationale des SERVICES DE LA Voirie, Conseiller Principal Bureau Sous-régional de l'OMS.	12 762 000	..
6.2.2. Fournir du matériel non consommable : Ben, caissons chargeurs et autres équipements aux trois communes du district de Bamako retenues dans le cadre du projet.	- Liste des Besoins à établir par le Directeur du Projet, le Conseiller Principal, la Direction des Services de la Voirie.	46 157 500	..
6.2.3. Fournir du matériel non consommable : pièces de rechange, pneumatique etc... 16 véhicules.	Liste des Besoins à établir par le Directeur du Projet, le Conseiller Principal, la Direction des Services de la Voirie.	365 260 000	..
<b>Sous total (6)</b>		<b>430 560 500</b>	

† TABLEAU DETAILE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE PROJET

ACTIVITE		INTERVENANTS	Coûts estimatifs	source de financement
7.1.1	Inventorier dans la zone du projet, les points d'eau de surface suspect et concernés par les risques de transmission de la Dracunculose et de la Schistosomiase.	- Directeur National du projet, Conseiller Principal.	31 905 000	Projet.
7.1.2.	Sélectionner et commander les produits chimiques et le matériel employé dans les différents cas.	- Directeur National du projet, Conseiller Principal.	184 630 000	Projet
7.1.3.	Sélectionner et reproduire des modules de formation des techniciens chargés de la lutte chimique et/ou mécanique.	- Directeur National du Projet, Conseiller Technique Principal, Bureau Sous-régional de Développement Sanitaire OMS.	638 100	Projet
7.1.4.	Sélectionner et former les techniciens chargés de la lutte chimique et/ou mécanique.	- Direction National du projet, Conseiller Principal.	6 381 000	Projet
7.1.5.	Appliquer la technique de lutte appropriée contre le vecteur de chaque cas.	- Technicien formés dans le cadre de la lutte	319 050	Projet
7.2.1.	Fournir l'équipement et les réactifs nécessaires pour organiser les activités de l'éducation au niveau de chaque arrondissement du Projet	- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Principal.	106 162 250	Projet
7.2.2.	Sélectionner et former les formateurs (Techniciens sanitaires) en éducation pour l'hygiène et l'assainissement (20 techniciens)	- Direction Nationale du Projet, Conseiller technique, Bureau OMS.	22 333 500	Projet
7.2.3.	Sélectionner et former les groupes cibles en vue d'un changement positif en faveur de l'environnement.	- Direction Nationale du Projet, Conseiller technique, et le Bureau OMS.	4 466 700	Projet
7.3.1.	Procéder au dépistage et au traitement précoce des maladies dans les milieux scolaires et dans les villages en assurant la fourniture au médicament et moyens logistiques.	- Agents de services sanitaires présents dans les écoles et les villages.	46 157 500	Projet
7.3.2.	Appuyer le traitement par des actions d'information, d'éducation et sensibilisation soutenu par la construction d'ouvrages.	- Formation niveau régional et local, agents socio-sanitaires, villageois enseignants	15 952 500	Projet
Sous total (7)			418 945 600	

TABLEAU 1 : DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.

Activités	Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
8.1.1 Préparer et produire les modules de formations 20 femmes encadrées, en surveillance et entretien des ouvrages.	- Direction Nationale, Conseiller technique, bureau OMS	638 100	Projet
8.1.2 Sélectionner et former 20 femmes représentatives des communautés villageoises du projet.	- Direction Projet Conseiller technique	6 381 000	Projet
8.2.1 Préparer et produire des modules d'enseignement en matière d'hygiène et d'assainissement.	- Direction Nationale, du projet, Conseiller technique, Bureau OMS	638 100	Projet
8.2.2 Sélectionner et former les enseignants chargés de promouvoir les modules élaborés.	- Direction Nationale, du projet, Conseiller technique, bureaux OMS	3 190 500	Projet
8.2.3 Programmer des concours de saubrité dans les écoles (ou classes) de la zone du projet et récompenser les gagnants.	- Direction Nationale, du projet, jury, conseiller technique, Bureau OMS	6 381 000	Projet
<b>Sous total (8)</b>		<b>17 228 700</b>	

**TABIEAU DETAILLE DU COUT ESTIMATIF PAR ACTIVITE DU PROJET.**

Activités		Intervenants	Coûts estimatifs	Source de financement
9.1.1 Fournir du matériel consommable : 15 véhicules tout terrain pour le niveau central et régional pour faciliter l'appui technique et stratégique et une voiture de liaison pour le niveau central.		- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal	242 326 870	Projet
9.1.2 Fournir du matériel consommable : pièces de rechange, pneumatiques pour les véhicules des niveaux centraux et le département du projet.		- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal.	73 852 000	Projet
9.1.3 Prendre en charge l'assistance technique : Ingénieur Sanitaire qui assurera les fonctions de Conseiller Technique Principal.		- Sélectionner et affecter l'expert au projet par l'agent au projet par l'agence d'exécution de l'OMS	526 830 000	Projet
9.2.1 fournir du matériel consommable : un véhicule tout terrain et une moto par cercle concerné par le projet. 24 motos ainsi que les moyens logistiques pour l'appui opérationnel au niveau des villages.		- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal.	184 630 000	Projet
9.2.2 Fournir du matériel non consommable; pièces de rechange pneumatique pour les véhicules du projet.		- Liste des besoins à établir par le Directeur National du Projet et le Conseiller Technique Principal	92 315 000	
9.2.3 Fournir du matériel non consommable pour le bureau du projet du niveau de cercle (moyen pour établir les rapports périodiques et pour produire les documents nécessaires à la formation des agents villageois).			416 757 000	Projet
		<b>Sous total (9)</b>	<b>1 536 710 870</b>	